Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode Delphi

Oumeyma Mouzali

▶ **To cite this version:**

Oumeyma Mouzali. Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03034141

HAL Id: dumas-03034141

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03034141

Submitted on 1 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : **2020**

REPERAGE D'UNE SITUATION A RISQUE DE MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE CHEZ LE MINEUR EN MEDECINE GENERALE : ELABORATION D'UN SCORE PAR METHODE DELPHI

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Oumeyma MOUZALI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : **06/10/2020**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. Le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Jean-Luc BOSSON

Mme le Docteur Pauline GIRARD

M. le Docteur François PAYSANT

M. le Docteur Dominique LAMY, *directeur de thèse*

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Médecine

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

***À Monsieur le Professeur Patrick Imbert**, pour votre disponibilité lors de ce projet. Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury ;*

***À Monsieur le Docteur Dominique Lamy**, tu m'as fait le plaisir d'accepter de m'accompagner tout au long de ce travail de recherche. Un immense merci pour cette direction de thèse, pour ton soutien sans failles et tes conseils avisés ;*

***À Monsieur le Professeur Jean-Luc Bosson**, pour votre intérêt immédiat et votre soutien méthodologique tout au long de l'étude ;*

***À Madame la Docteure Pauline Girard**, je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et pour ton enthousiasme concernant ce projet ;*

***À Monsieur le Docteur François Paysant**, pour votre participation à l'étude, au jury de thèse, et votre implication en pédiatrie médico-légale ;*

***À Monsieur le Docteur Michel Lévêque**, merci de m'avoir inspirée et guidée aux prémices de ce travail ;*

***À tous les experts** qui ont participé à cette étude, merci pour votre disponibilité et votre intérêt pour ce projet. Je pense particulièrement à Madame Pauline Lemasson qui m'a ouvert les portes de la PMI-Est de Grenoble et m'a permis de sélectionner la plupart des experts ;*

***À mes maitres de stage**, pour votre accompagnement attentif tout au long de ce chemin. Vous avez su me transmettre votre passion pour une médecine humaine et bienveillante, grâce à quoi j'ai pu m'épanouir dans cette voie ;*

***À mes parents**, le plus bel exemple de persévérance et d'accomplissement de soi. Vous m'avez ouvert les portes de la réussite. Un grand merci pour votre immense soutien au quotidien, votre aide et vos encouragements qui m'ont permis d'avancer et d'en arriver là aujourd'hui ;*

***À Salima**, ma sœur aînée et ma confidente, pour ta présence et ton écoute. Merci pour tes nombreuses relectures, pour ton implication et ton soutien infaillible ;*

***À Youcef**, mon petit frère, merci de m'apporter autant de bonheur avec ta bonne humeur ;*

***À toutes mes amies d'ici et d'ailleurs,** qui ont toujours cru en moi. Je pense particulièrement à Sonia, Allison, Sana, Aurélie, Amina, Joséphine, Florine, Minna, Firdaws, Tesnim, et bien d'autres ;*

***À Alexandre,** pour ton intérêt, ta disponibilité, et ta participation à cette étude ;*

***À Tarek,** mon époux, pour ton soutien durant toutes ces années, ta patience et tes conseils. Merci pour ton aide si précieuse dans ce travail. Merci d'être à mes côtés en toutes circonstances, et pour la famille que nous formons et continuerons de voir grandir ;*

***À mes enfants Sohayb et Aymen,** vous aimer et prendre soin de vous est la plus belle chose que je sache faire.*

« La maltraitance démarre avec l'idée que les enfants appartiennent à leurs parents »

Anne Tursz

À mes enfants,

SOMMAIRE

SOMMAIRE 9
INDEX DES TABLEAUX, FIGURES, ET ANNEXES 10
GLOSSAIRE 11
1. INTRODUCTION 12
2. METHODE 15
2.1. Type d'étude 15
2.2. Groupe d'experts 15
2.3. Questionnaire de l'étude 15
2.4. Déroulement de l'étude 17
2.5. Accords préalables à l'étude 18
3. RESULTATS 19
3.1. Déroulement de l'étude 19
3.2. Description du groupe d'experts 20
3.3. Résultats quantitatifs des 3 tours de questionnaire 24
3.4. Synthèse des principaux commentaires 28
4. DISCUSSION 32
4.1. Intérêts et limites 32
4.2. Discussion des résultats 35
4.3. Perspectives 39
CONCLUSION 42
BIBLIOGRAPHIE 43
ANNEXES 46
CONCLUSION SIGNEE 100
SERMENT D'HIPPOCRATE 101
RÉSUMÉ 102
ABSTRACT 103

INDEX DES TABLEAUX, FIGURES, ET ANNEXES

TABLEAU 1 : LISTE DES FACTEURS DE RISQUE LIES A LA MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE CONSIDERES DANS CETTE ETUDE 16
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS GENERALISTES 21
TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS NON GENERALISTES 22
TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES PROFESSIONNELS NON MEDECINS 22
TABLEAU 5 : RESULTATS DE PONDERATION DES FDR DES 3 RONDES AVEC LE DEGRE DE CONSENSUS 25

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX 19
FIGURE 2 : REPARTITION DU GROUPE D'EXPERTS SELON LA PROFESSION 20
FIGURE 3 : DIAGRAMME DES RESULTATS DES 3 TOURS 24

ANNEXE 1 : SCORE FINAL DE REPERAGE D'UNE SITUATION A RISQUE DE MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE CHEZ LE MINEUR EN MEDECINE GENERALE 46
ANNEXE 2 : LISTE DES EXPERTS ET CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES CLASSEE PAR ORDRE ALPHABETIQUE 47
ANNEXE 3 : DEFINITION DES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES 50
ANNEXE 4 : DEFINITION ET PRECISIONS DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE 52
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DES 3 RONDES DELPHI 55
ANNEXE 6 : DETAIL DES RESULTATS QUANTITATIFS DES 3 RONDES 61
ANNEXE 7 : SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES DES 3 RONDES DELPHI 64
ANNEXE 8 : COMPTE-RENDU DES CONFRONTATIONS DES DONNEES DES 3 RONDES 93
ANNEXE 9 : COMPOSITION DE L'EQUIPE DE RECHERCHE 97
ANNEXE 10 : CURRICULUM VITAE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A LA SAISIE ET LA CONFRONTATION DES DONNEES (EN PLUS DE L'AUTEUR) 98

GLOSSAIRE

APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASED : Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

EAM : Ecart Absolu Médian

FDR : Facteur De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IIQ : Intervalle Interquartile

IML : Institut Médico-Légal

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAND : Research And Development Corporation

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SFPML : Société Française de Pédiatrie Médico-Légale

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

UAJV : Unité d'Accueil des Jeunes Victimes

UGA : Université Grenoble Alpes

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VEO : Violence Educative Ordinaire

L'auteur déclare n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

1. INTRODUCTION

La maltraitance de l'enfant est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme tout acte entrainant un préjudice réel ou potentiel pour la santé physique et mentale de l'enfant, son développement, sa dignité, voire sa survie, dans le cadre d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Elle peut prendre plusieurs formes selon que les violences soient physiques, psycho-affectives, sexuelles, de négligence ou de privation, ou d'exploitation commerciale (1). Cette dernière ne sera pas traitée dans ce travail de recherche. Les définitions détaillées de chacune des formes de violence sont présentées en annexe 3.

Les conséquences de la maltraitance sur l'enfant, à court et à long termes, ont un impact sur les plans socio-affectif (troubles du comportement, délinquance, conduites addictives), psychologique (troubles anxio-dépressifs, état de stress post-traumatique, conduites suicidaires), physique (retard ou déficit psychomoteur ou sensoriel, cancer, maladies cardio-vasculaires), neurobiologique et cognitif (troubles de l'attention, retard de langage, retard scolaire). Les impacts sur la victime sont d'autant plus importants quand la forme de la maltraitance est sévère, se présente précocement dans sa vie, est récurrente et survient de façon simultanée sous ses différentes formes (2).

Au regard de ces conséquences sur le développement de la personne, cela constitue également un sérieux problème de santé publique reconnu par l'OMS et la communauté scientifique (3).
Chaque année en France, environ 50 000 plaintes pour violences physiques sur enfant sont déposées et 20 000 pour agressions sexuelles (4). L'Observatoire national de la protection de l'enfant (ONPE) a estimé à 67 le nombre d'enfants décédés de mort violente au sein de la famille en 2017 (5).

Ces chiffres sont néanmoins peu représentatifs de la réalité puisqu'ils incluent uniquement les enfants faisant l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire. Un grand nombre de faits de maltraitance reste inconnu. Cette sous-déclaration est d'autant plus marquée lorsqu'il s'agit de violences sexuelles (6), les victimes mettant en moyenne 16 ans pour révéler les faits, une fois l'âge adulte atteint (7).
Cela soulève, entre autres, le problème de la parole accordée à l'enfant. D'ailleurs, du point de vue étymologique, le terme « enfant » vient du latin « infans » qui signifie « qui ne parle pas ». Le terme latin qui désigne un enfant étant « puer ». La parole de l'enfant sous terreur dans sa famille est fragile (8). Les parents ont pour devoir la protection de son intégrité morale et physique en toutes circonstances. Pourtant, les situations de risque et de danger auxquelles sont

confrontés les enfants et les adolescents ont lieu, dans plus de 90% des cas, au sein de la famille proche, selon le rapport du Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) en 2018 (9).

Sur le plan législatif français, la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant place ce dernier au centre de l'intervention et renforce la prise en compte de ses besoins dans un parcours de protection (sécuriser le parcours de l'enfant, assurer une stabilité de vie...) (10). Cette loi vise à assurer une meilleure cohérence en ce qui concerne les dispositifs, les pratiques et l'articulation institutionnelle.
Dans le même cadre, la loi interdisant les violences éducatives ordinaires (VEO) a été définitivement adoptée le 2 juillet 2019 (11). Elle marque un tournant dans le droit français car elle reconnaît l'impact uniquement nocif des violences éducatives ordinaires (12).

Compte tenu de l'importance des coûts individuels et sociaux associés à la maltraitance (13) et de sa propension à se reproduire d'une génération à l'autre (14), l'idée d'intervenir en amont du problème s'impose. La prévention primaire de la maltraitance est d'ailleurs reconnue comme une priorité par l'OMS (1).
L'intérêt d'un repérage précoce est de protéger l'enfant avant qu'il ne subisse une maltraitance. La recherche bibliographique a montré l'absence d'outils adaptés pour le repérage précoce d'une situation à risque de maltraitance infantile en médecine.

Dans le cadre de la prévention primaire, le médecin généraliste (MG) a une place primordiale pour repérer et agir face à ces situations à risque. Il est le principal acteur du suivi de l'enfant et se place au cœur du soin de la famille. Développer un outil de repérage simple et rapide d'une situation à risque de maltraitance infantile, à destination du médecin généraliste, serait l'objectif final de ces travaux de recherche, tout en proposant des conduites à tenir préventives adaptées à chaque situation.

Bien que la maltraitance puisse concerner tout enfant, quelles que soient ses caractéristiques personnelles, sociales ou familiales, certains facteurs sont reconnus comme associés à un surrisque de maltraitance. Selon l'OMS, un facteur de risque (FDR) est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme (15). Cette notion d'épidémiologie signifie qu'il existe un lien statistique entre un facteur étudié et la survenue d'un événement, sans qu'un lien de causalité ne soit nécessairement établi.

Une revue systématique de la littérature francophone et internationale a récemment été réalisée sur les facteurs de risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur (16). Les FDR identifiés sont nombreux et complexes. Ils ont été classés en plusieurs catégories selon qu'ils soient liés à l'enfant, aux parents, ou à la structure familiale. Certains paraissent plus importants que d'autres, d'où la nécessité de les pondérer.

L'objectif de cette étude est de pondérer les facteurs de risque identifiés afin d'élaborer un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Une méthode d'élaboration de consensus par rondes Delphi a été utilisée, pour pondérer les facteurs de risque (17). Le groupe d'experts participant à ces rondes est constitué de différents professionnels travaillant en lien avec la protection de l'enfance. Cette méthode permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts. Elle nécessite plusieurs tours ou « rondes » d'interrogation pour arriver à un consensus.

2.2. Groupe d'experts

Sélectionnés au préalable, les experts français devaient présenter un intérêt, des connaissances et une expérience pratique dans le domaine de la protection de l'enfance, le repérage ou le signalement d'une situation d'enfant en danger ou à risque de l'être (18) (19).

La liste des experts a été dressée sur un tableur, contenant un numéro d'anonymisation individuel, son adresse électronique, sa fonction et son lieu d'exercice.
Le contact avec les experts a été réalisé par courrier électronique. Ils ont consenti à participer à l'étude après avoir été informés des objectifs du travail de recherche, du déroulé de celui-ci et de leur rôle.
Sollicités de façon itérative, ils ont répondu en toute indépendance. Ils ignoraient l'identité des autres participants et n'avaient aucune interaction entre eux.

2.3. Questionnaire de l'étude

Les facteurs de risque proposés, présentés dans le tableau 1, ont été tirés de la thèse du Dr Sophie Rebeyrotte (16). Il s'agit d'une revue systématique de la littérature francophone et internationale réalisée en 2016, qui liste plusieurs facteurs de risque liés à une maltraitance infantile intrafamiliale.

Ces facteurs de risque ont été divisés en trois catégories selon qu'ils sont liés à l'enfant, aux parents, ou à l'environnement familial (16). Les questionnaires des trois rondes adressés aux experts sont présentés en annexe 5. La première partie de chaque questionnaire comprend le tableau des facteurs de risque à pondérer avec les consignes de complétude. La seconde comprend une documentation concernant les définitions des différentes formes de maltraitance

ainsi que des précisions sur certains facteurs de risque. Celles-ci sont présentées en annexes 3 et 4.

TABLEAU 1 : LISTE DES FACTEURS DE RISQUE LIES A LA MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE CONSIDERES DANS CETTE ETUDE

FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT
Garçon âgé de 0-4 ans
Fille âgée de 10-18 ans
Handicap mental
Handicap physique
Maladie chronique
Prématurité (avant 37 SA)
Antécédent de maltraitance
Petit poids de naissance (moins de 2.5 kg)
Trouble du comportement
Troubles des apprentissages
Non-attachement parent-enfant (grossesse non désirée, pathologique, non investie, multiple)
Séparation précoce parent-enfant (hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum, prématurité)
FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)
Faible statut socioéconomique
Faible niveau éducatif
Antécédent de violence dans l'enfance
Troubles psychopathologiques
Consommation d'alcool ou de drogues
FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE
Famille monoparentale
Famille recomposée
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)
Conflit de couple, séparation, divorce
Violence conjugale
Isolement social et familial
Antécédent de violence dans la fratrie

2.4. Déroulement de l'étude

Trois rondes ont été organisées. La diffusion des questionnaires de chaque ronde a été effectuée via courrier électronique individuel à chaque expert. Un rappel par courriel a été signifié après le 10ème et le 15ème jour sans réponse pour les deux premiers tours, et après le 10ème et le 20ème jour sans réponse pour le troisième. Les réponses étaient attendues sous trois semaines pour les deux premiers tours, et quatre semaines pour le troisième. Passé ce délai, les experts n'ayant pas répondu étaient exclus des tours suivants.

Pour chaque facteur de risque (FDR) énoncé, il a été demandé aux experts de le coter par un entier de 1 (FDR très faiblement lié à une maltraitance ou *facteur présentant une très faible probabilité de survenue de maltraitance*) à 5 (FDR très fortement lié à une maltraitance *ou facteur présentant une très forte probabilité de maltraitance*) selon une échelle d'évaluation standardisée. Lors de chaque tour, les experts ont pu faire des commentaires sur les facteurs de risque listés. Ces commentaires pouvaient entraîner des reformulations au tour suivant.

Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft © Excel 2016. Pour chaque tour, deux saisies des données ont été réalisées par deux personnes différentes et qualifiées, suivies d'une confrontation des données par une troisième personne qualifiée. En cas de résultats discordants, les données sources étaient consultées.

Pour un facteur de risque donné, un consensus était obtenu si un score avait au moins 60% des réponses, en l'absence de désaccord. Le désaccord a été défini par l'obtention de 60% d'un score et 30% d'un autre score, les deux scores ayant au moins 2 points de différence. Ces définitions sont basées sur les données de la littérature actuelles, et ont été adaptées particulièrement à cette étude, devant le nombre élevé d'experts inclus.
En cas de consensus, le facteur de risque était pondéré et inclus au score final. Il n'était pas soumis au tour suivant. Les facteurs de risque n'ayant pas obtenu de consensus étaient, quant à eux, discutés au cas par cas au sein de l'équipe de recherche, puis reproposés au tour suivant. La composition de l'équipe de recherche est présentée en annexe 9.

Sur le plan statistique, le paramètre de position utilisé a été la médiane, accompagné de deux paramètres de dispersion: l'intervalle interquartile (IIQ) et l'écart absolu médian (EAM). Les pourcentages de chaque score ont été également utilisés. La médiane et les pourcentages de

chaque score ont été fournis aux experts pour leur permettre une rétroaction contrôlée. *L'EAM (moyenne des valeurs absolues des différences entre les cotations et leur médiane)* a permis d'interpréter l'évolution des résultats au cours des itérations. Plus l'EAM est faible, plus le degré de consensus est fort. Une répartition uniforme des résultats a été définie comme au moins 3 scores obtenant plus de 15% de réponses chacun, en l'absence de consensus.

Lors de la première ronde, les experts ont pu pondérer les différents facteurs de risque et laisser des commentaires libres. L'analyse statistique et l'analyse des commentaires des experts ont permis de modifier le questionnaire pour le second tour. A l'issue du premier tour un courrier électronique synthétique a été envoyé aux experts.

Lors du deuxième tour, le questionnaire a été modifié et envoyé aux experts individuellement. Il comprenait pour chaque facteur de risque un rappel de la réponse de l'expert et les résultats statistiques de chaque score. Il a été demandé aux experts de réévaluer leur réponse en la modifiant ou non, et de justifier leur position pour chaque facteur de risque. Les experts ont pu également proposer des nouveaux items. A l'issue de ce tour, une synthèse a été envoyée par voie électronique, comprenant pour chaque facteur de risque la réponse médiane ainsi que les justifications retranscrites et anonymisées.

Un troisième tour a été réalisé selon les mêmes modalités que le deuxième. Concernant les FDR ayant obtenu une distribution équivalente durant les deux précédents tours, il a été demandé aux experts de ne choisir qu'entre deux ou trois scores prépondérants pour chaque facteur de risque s'ils étaient en accord. L'étude a été clôturée à la fin de ce troisième tour.

Enfin, à l'issue de ces trois tours, une analyse thématique des commentaires libres et des justifications a été effectuée.

2.5. Accords préalables à l'étude

Le recueil de données était strictement anonyme et n'engageait pas d'informations impliquant des personnes humaines. Il n'y a pas eu de sollicitation auprès d'un comité d'éthique. Le protocole de l'étude n'a pas nécessité de demande préalable auprès de la Commission Nationale de L'Informatique et des Libertés (CNIL), ni du Comite de Protection des Personnes (CPP).

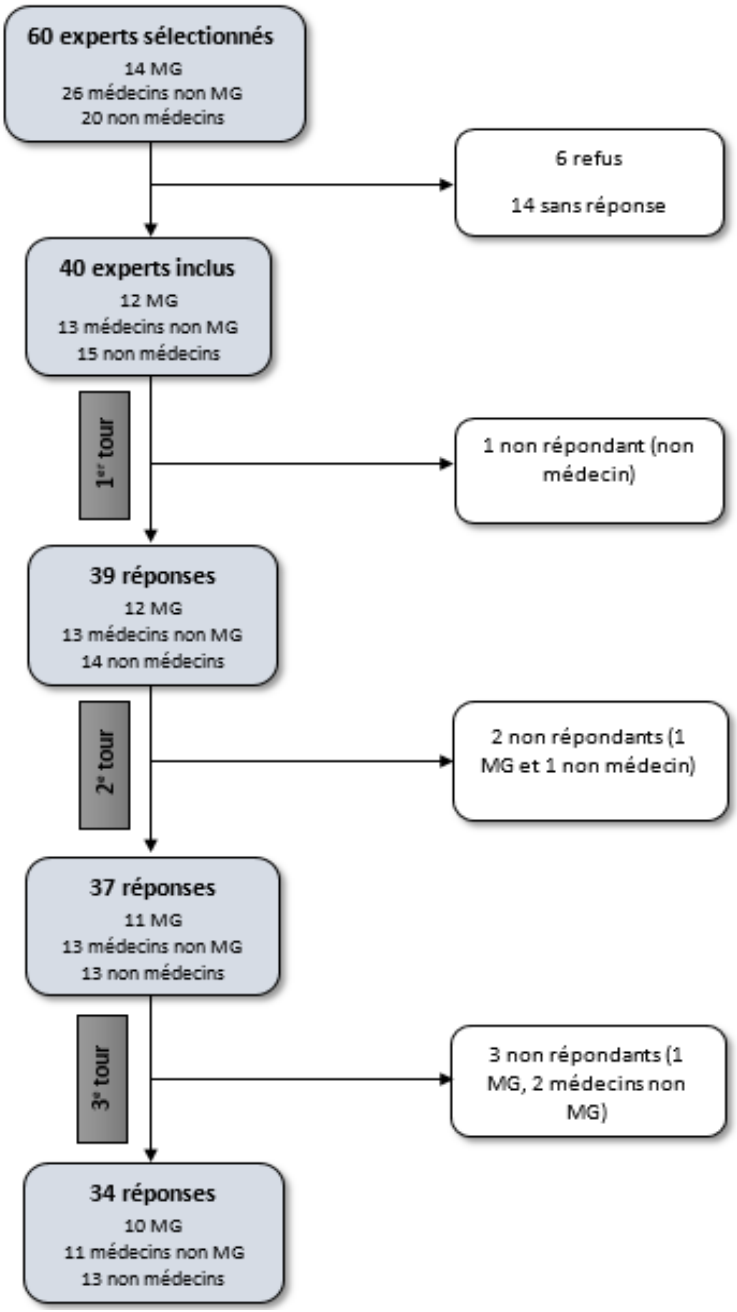
3. RESULTATS

3.1. Déroulement de l'étude

Les trois rondes Delphi se sont déroulées entre Novembre 2019 et Avril 2020.

60 experts sélectionnés à travers toute la France ont été sollicités pour y participer, 40 ont répondu favorablement. Le taux de non-répondants entre le 1er et le 3ème tour est de 15 %.

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX

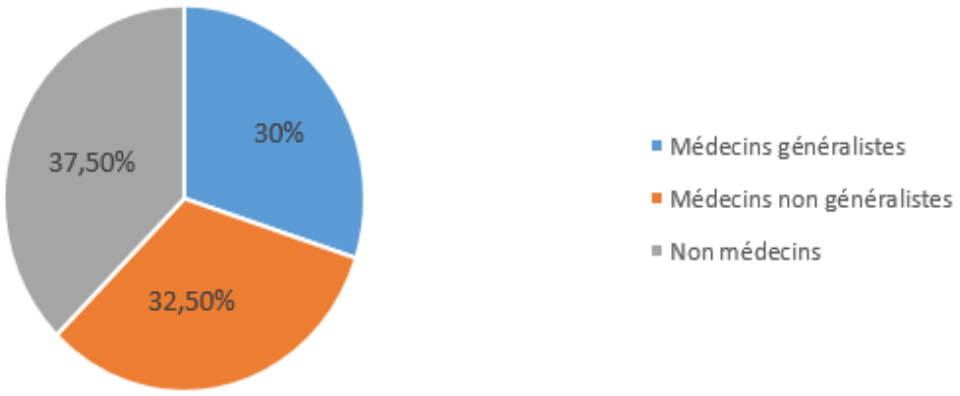


3.2. Description du groupe d'experts

Parmi les experts inclus, 12 sont des médecins généralistes, 13 sont des médecins d'autres spécialités et 15 sont des professionnels non médecins. La répartition du groupe d'experts selon la profession est présentée dans la figure 2.

La liste détaillée des experts inclus avec leurs caractéristiques professionnelles est présentée en annexe 2.

FIGURE 2 : REPARTITION DU GROUPE D'EXPERTS SELON LA PROFESSION



Les tableaux 2, 3 et 4 présentent les caractéristiques professionnelles des différents sous-groupes.

TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS GENERALISTES

FONCTION	MODE D'EXERCICE	SECTEUR	NOMBRE
12 Médecins généralistes	Libéral (4)	Rural	1
		Semi-rural	2
		Urbain	1
	Salarié (8)	PMI	2
		PMI et CPEF	1
		CS et CPEF	1
		Urbain	3
		Hospitalier	1

Légende :
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
PMI : Protection maternelle et infantile
CS : Centre de santé

TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS NON GENERALISTES

FONCTION	PARTICULARITES	UNITE D'EXERCICE	NOMBRE
5 Pédiatres	Président d'un groupe HAS (SBS)	Médecine Physique et Réadaptation	1
		CAMPS, SESSAD	1
	Expert judiciaire	CASED	1
		UAED - Pédiatrie	1
		Urgences pédiatriques	1
4 Pédiatres – médecins légistes	Expert judiciaire	UMJ - UAED	3
		UAED - Pédiatrie	1
2 Médecins légistes		Médecine légale - IML	2
Médecin urgentiste		Urgences	1
Médecin scolaire		Ecoles	1

Légende :
CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASED : Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger
IML : Institut de Médecine Légale
SASSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SBS : Syndrome du Bébé Secoué
UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger
UMJ : Unité Médico-Judiciaire

La majorité des professionnels médecins non généralistes sont membres de la Société Française de Pédiatrie Médico-Légale (SFPML).

TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DES PROFESSIONNELS NON MEDECINS

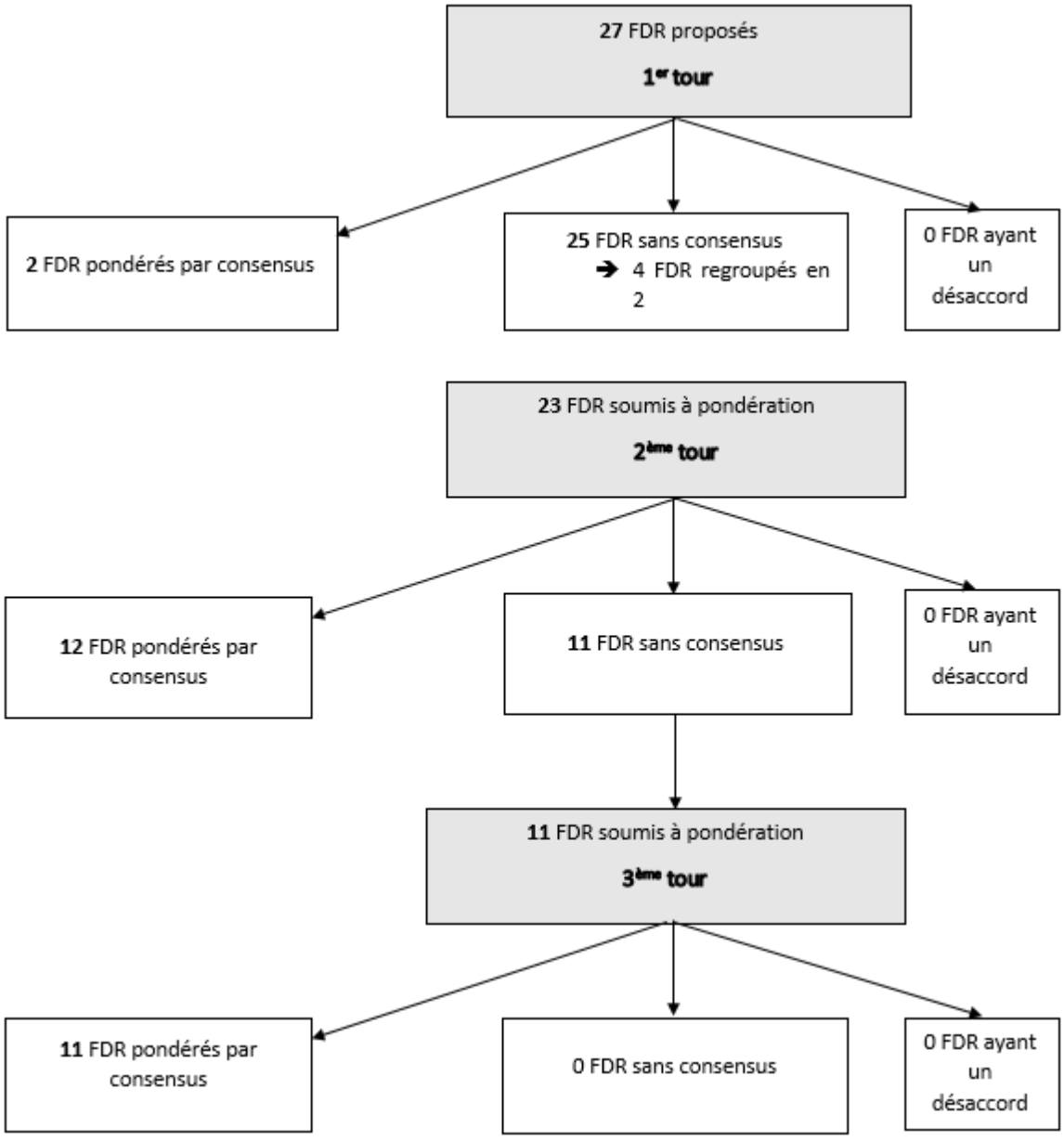
FONCTION	PARTICULARITES	MODE D'EXERCICE	NOMBRE
Sage-femme		PMI - Libéral	2
Infirmière puéricultrice		PMI	1
Psychologue - Psychanalyste	Expert judiciaire	Libéral	1
Kinésithérapeute	Spécialité pédiatrique	Libéral	1
Ex-cadre de santé		Foyer d'accueil des enfants	1
Travailleur d'intervention sociale et familiale (TISF)		ADF	1
Educateur spécialisé		ASE	1
Educateur spécialisé – Thérapeute familial	Co-fondateur du centre	Centre des Buttes Chaumont	1
Assistante sociale		PMI	1
Directrice d'école			1
Ex-Professeur de Lettres	Auteur de livres sur les VEO		1
Juristes	Maîtres de conférence	Université Grenoble-Alpes	2
		Libéral	1

Légende :
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
PMI : Protection Maternelle et Infantile
VEO : Violences Educatives Ordinaires

3.3. Résultats quantitatifs des 3 tours de questionnaire

L'évolution du consensus sur la pondération des facteurs de risque (FDR) proposés au cours des rondes est présentée sur la figure 3.

FIGURE 3 : DIAGRAMME DES RESULTATS DES 3 TOURS



Les résultats quantitatifs par ronde sont présentés en annexe 6. Il n'y a pas eu de FDR présentant des critères de désaccord entre les experts tout au long des 3 rondes. Tous les FDR ont obtenu un consensus et ont pu être pondérés et inclus dans le score final. Le score final créé à partir des résultats de cette étude est présenté en annexe 1.

Au fur et à mesure des rondes, des reformulations ont été faites sur certains facteurs de risque en fonction des commentaires des participants.

Le tableau 5 présente les résultats de pondération des facteurs de risque des trois rondes avec le degré de consensus. Les intitulés en italiques sont des reformulations tenant compte des commentaires des participants. Pour plus de lisibilité, les critères ont une couleur différente en fonction de la ronde durant laquelle un consensus a été obtenu.

TABLEAU 5 : RESULTATS DE PONDERATION DES FDR DES 3 RONDES AVEC LE DEGRE DE CONSENSUS

FACTEURS DE RISQUE	RESULTATS STATISTIQUES			
LIÉS À L'ENFANT	**Médiane**	**% score**	**EAM**	**Score final retenu**
Garçon âgé de 0-4 ans	3	64.7	0.46	**3**
Fille âgée de 10-18 ans	3	60.6	0.48	**3**
Handicap mental	4	64.9	0.60	**4**
Handicap physique	3	59.5	0.49	**3**
Maladie chronique de l'enfant	2	66.7	0.44	**2**
Prématurité (avant 37SA) avec hospitalisation du nouveau-né	3	73.5	0.39	**3**
Antécédent de maltraitance sur l'enfant	5	78.4	0.34	**5**
Petit poids de naissance isolé (inférieur à 2.5 kg)	1	76.5	0.36	**1**
Trouble du comportement	4	64.9	0.46	**4**
Troubles des apprentissages	4	67.6	0.48	**4**
Non-attachement parent-enfant (grossesse non désirée, pathologique, non investie, multiple)	5	61.5	0.69	**5**
Séparation précoce parent-enfant (en dehors de la prématurité, hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum)	4	61.8	0.47	**4**

LIÉS AUX PARENTS	Médiane	% score	EAM	Score final retenu
Très jeune âge de la mère non accompagnée (moins de 19 ans)	3	67.6	0.43	**3**
Faible statut socioéconomique	3	67.6	0.46	**3**
Faible niveau éducatif	3	59.5	0.56	**3**
Antécédent de violence dans l'enfance	5	67.6	0.44	**5**
Troubles psychopathologiques	4	64.7	0.46	**4**
Abus d'alcool ou consommation de drogue	5	86.5	0.23	**5**
LIÉS À LA FAMILLE	**Médiane**	**% score**	**EAM**	**Score final retenu**
Famille monoparentale	2	67.6	0.45	**2**
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille	2	70.6	0.42	**2**
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	56	0.51	**1**
Conflit de couple, séparation, divorce	4	70.3	0.45	**4**
Violence conjugale	5	61.5	0.60	**5**
Isolement social et familial	4	73	0.34	**4**
Antécédent de violence dans la fratrie	5	86.5	0.28	**5**

Légende :
% score : pourcentage de la valeur médiane
EAM : Ecart Absolu Médian
Bleu : Consensus obtenu à la 1ère Ronde
Vert : Consensus obtenu à la 2ème Ronde
Rouge : Consensus obtenu à la 3ème Ronde

3.4. Synthèse des principaux commentaires

Les résultats statistiques sont à nuancer en fonction des commentaires des participants. Tous les résultats et commentaires des 3 tours sont présentés en annexe 7.

Les FDR « antécédent de maltraitance sur l'enfant », « troubles psychopathologiques » ou « antécédents de violence dans l'enfance » chez les parents sont cotés entre 4 et 5 points, si la problématique est non traitée :

- FDR « antécédent de maltraitance sur l'enfant »
    - *« 5 si problématique non traitée : cycle de répétition mortifère si non prise en charge »*
    - *« C'est souvent lié à un signe de maltraitance mais tout dépend de la prise en charge dont a bénéficié le parent pendant ces périodes de placement [de l'enfant] »*

- FDR « troubles psychopathologiques »
    - *« Je dirais juste pour que les troubles psy chez les parents c'est surtout s'ils sont déséquilibrés et non pris en charge »*
    - *« Si ces troubles sont non traités : difficulté à identifier et à répondre aux besoins du nourrisson et du jeune enfant »*
    - *« Tout dépend si ces troubles sont pris en charge et comment les parents se mobilisent vis-à-vis de leurs enfants. Est-ce que les 2 parents connaissent des troubles psychopathologiques ? comment l'autre parent se positionne ? »*
    - *« Surtout si ces troubles ne sont pas équilibrés et pris en charge, lourde responsabilité alors que fragilité de base chez le parent. Si seulement un des 2 parents peut être ré équilibré mais toujours plus fragile »*

- FDR « antécédents de violence dans l'enfance » chez les parents
    - *« Il est difficile de ne pas reproduire ce que l'on a soi-même vécu, à moins d'avoir suivi une thérapie, d'avoir rencontré d'autres modèles que les parents, d'avoir un conjoint solide sur lequel s'appuyer et qui va nous permettre de réfléchir autrementàce que l'on veut offrir à ses enfants. »*

La corrélation entre plusieurs FDR intriqués a été largement remarquée :

- *« Les troubles du comportement peuvent être mis en lien avec un non attachement parent-enfant lié à un faible niveau éducatif »*
- *« Difficile de répondre car [dans le cas de la prématurité] plus de troubles cognitifs et troubles du comportement + séparation à la naissance avec des problématiques d'attachement »*
- *« La prématurité peut rendre beaucoup plus difficile l'établissement du lien parent-enfant, l'enfant réel ne correspondant pas à l'enfant imaginé. »*
- *« Les PAG (bébé petit pour son âge gestationnel) sont plus fréquents dans les contextes de précarité, d'addiction et donc plus souvent à nécessiter des soins de nursing plus important. »*
- *« [Petit poids de naissance] Plutôt à corréler avec la prématurité »*
- *« Même remarque que pour le prématuré et surtout si le PN est < 2 kg avec hospitalisation. Je baisse le score car cet item [Petit poids de naissance] isolé n'est pas suffisant : il faut hospitalisation, pathologie, séparation mère- enfant »*

Certains FDR, qui peuvent être des conséquences de la maltraitance, ont été notifiés :

- *« Les troubles du comportement du bébé jusqu'au grand adolescent que vous avez décrits sont plutôt les conséquences des maltraitances plutôt que la cause. »*
- *« Les troubles psychopathologiques des parents sont souvent dus à des maltraitances sur ces parents pendant leur enfance avec une transmission transgénérationnelle des violences »*
- *« Est-ce que le handicap ou les troubles du développement par exemple sont des facteurs de risques à part entière ou des conséquences de violences antérieures qui n'ont pas été diagnostiquées »*
- *« Le problème du handicap : cause ou conséquences des maltraitances et négligences »*

La corrélation entre le sexe de l'enfant et la forme da la violence subie a été précisée :

- *« Le sexe de l'enfant serait plus au moins corrélé au risque selon que l'on parle de sévices sexuels ou de maltraitance physique. »*

- *« Sexe féminin > sexe masculin par rapport aux agressions sexuelles et viols. »*
- *« + de garçons battus et + de filles violées »*
- *« C'est dès le plus jeune âge que les enfants commencent à recevoir tapes, gifles, fessées et autres punitions corporelles, et c'est l'âge où cela les marque le plus fortement. Les garçons, par leur statut culturel y sont peut-être un peu plus exposés que les filles. »*
- *« Le risque abus sexuel me semble plus important avec l'adolescence, bien que de très jeunes enfants soient abusés. »*

La difficulté de hiérarchiser ces FDR a été notifiée par les participants :

- *« Un peu difficile de hiérarchiser »*
- *« Pas simple de remplir ces facteurs de pondération ! »*
- *« C'est difficile de donner une valeur sans pouvoir apporter de nuances aux facteurs de risques. Tout n'est pas que chiffre, surtout quand il s'agit de traiter des facteurs « humains ».*
- *« Beaucoup de questionnements autour du contexte de vie même si les FDR ont été bien approfondis, il est difficile de se prononcer de façon sûre car les situations peuvent être très différentes selon la mobilisation des parents et les liens entre parents et enfants. »*

Trois principales idées ont été tirées des commentaires des participants. Pour illustrer ce propos, quelques commentaires seront cités :

- Importance d'une association de FDR
  - *« Les facteurs de risque, lorsqu'ils sont associés, multiplient encore le risque de danger »*
  - *« On ne peut rejeter de principe une situation de maltraitance sans FDR. Mais ceux-ci imposent d'être encore plus vigilant ».*
  - *« Il n'y a pas de FDR propre mais souvent un faisceau d'arguments »*
  - *« Établir un score est une indication mais ne peut constituer une valeur certaine. »*

- Ne pas stigmatiser les classes sociales défavorisées
  - *« Les maltraitances existent dans tous les milieux mais probablement*

mieux dissimulés dans les milieux aisés et éduqués »

- *« La maltraitance existe dans tous les milieux. Elle peut prendre des formes plus sournoises ou plus difficiles à identifier selon le milieu familial, plus ou moins favorisé financièrement, intellectuellement ou culturellement. L'IMPORTANT est de toujours penser à une éventuelle maltraitance et de la mettre dans les hypothèses diagnostiques ; ce score pourrait permettre de la faire changer de position dans l'ordre des hypothèses, mais il ne s'agira que d'une indication. »*
- « *La maltraitance infantile touche tous les milieux sociaux parentaux et s'il est classique de se méfier du « cas social », il faut se montrer vigilant et ne pas rejeter une telle hypothèse de maltraitance sous prétexte que la famille ne semble pas présenter de facteurs de risque »*

- Problématiques de l'attachement et de l'investissement parental

  - *« De mon point de vue la maltraitance est en partie une pathologie de l'attachement parent-enfant »*
  - *« Les troubles du lien sont un des FDR majeurs »*
  - *« Comme pour la prématurité, une séparation précoce rend difficile le processus d'attachement. Il me semble indispensable d'être vigilant à ce type de situation. »*
  - *« Troubles de l'attachement, essentiel. En plus, manipulation de l'enfant-objet, y compris par l'extérieur (fameux conflit de loyauté bien utile pour asservir l'enfant !) »*
  - *« Ces points sont aussi à nuancer selon la prise de conscience et mobilisation des parents de l'enfant dans la résolution des difficultés »*
  - *« Gérer des troubles du comportement nécessite une adaptation permanente, une vigilance de tous les instants et une empathie incroyable pour ne pas rendre l'enfant responsable de ses troubles. »*
  - *« La notion de handicap mental est large et les personnes peuvent tout à fait s'adapter avec un environnement soutenant »*
  - *« Plus de risque si mère non accompagnée qu'avec un entourage soutenant et bienveillant »*

4. DISCUSSION

4.1. Intérêts et limites

Cette étude a permis de **pondérer les facteurs de risque en lien avec la maltraitance infantile, dans le but de permettre au médecin généraliste de mieux repérer les situations à risque**. Tous les facteurs de risque proposés ont obtenu un consensus. Un score de repérage a été créé à partir des résultats.

En épidémiologie, la force de l'association d'un facteur de risque avec un problème de santé est exprimée par le risque relatif observé chez les sujets exposés par rapport aux non-exposés. Pour l'évaluer, une étude de cohorte en population générale est nécessaire. Devant les nombreux freins de la réalisation de cette dernière (biais de « révélation », refus de certaines familles, problèmes éthiques), la procédure Delphi a été retenue pour pondérer les FDR par des experts. L'hypothèse est que la pondération de ces FDR par des experts soit le reflet de la force de l'association statistique réelle entre un FDR et le danger avéré.

Il s'agit d'une méthode de consensus validée. Elle présente l'avantage d'être rapide, efficace et peu coûteuse, car réalisée par voie électronique. En comparaison avec le groupe nominal, la méthode Delphi permet d'inclure des experts issus de villes différentes, sans limitation géographique. Elle évite également la confrontation des experts, les phénomènes de dynamique de groupe ou de dominance d'un participant (20).

Les caractéristiques fondamentales décrites par la fondation RAND (Research And Development Corporation) ont été respectées: la sélection d'experts qualifiés ayant une compréhension claire du phénomène étudié, la conservation de l'anonymat des experts tout au long du processus, l'itération avec rétroaction contrôlée, et l'analyse quantitative des réponses du groupe avec justification et interprétation des données (17).

La valeur des conclusions est largement dépendante de la taille du groupe et de la représentativité de ses membres (21). Dans cette étude, 40 experts ont été inclus ce qui est bien supérieur aux 15 membres préconisés pour la méthode. Deux principales catégories d'experts ont été choisies : les experts en contact avec la population générale, et les experts travaillant plus spécifiquement dans le domaine des violences faites aux mineurs.
Il a été choisi d'inclure une majorité d'experts médecins, soit environ 2/3 des experts, dont la moitié sont des généralistes car c'est à eux que ce travail de recherche est adressé. Ces derniers ont des modes d'exercice de la médecine générale variés et s'adressent à plusieurs types de

population. L'autre moitié est composée de médecins hospitaliers experts dans leurs domaines (pédiatrie, médecine légale), ainsi que des médecins en contact avec des familles issues de la population générale (médecin scolaire, médecin urgentiste). Le troisième tiers est composé de professionnels non médecins qui travaillent également en lien avec la protection de l'enfance, le repérage ou le signalement d'une situation de danger ou à risque de l'être. La majorité des experts sont issus de l'agglomération grenobloise, lieu de réalisation de l'étude. Parmi les 40 experts inclus, 6 ont été sortis d'étude entre la 1ère et la 3ème ronde, soit un taux de participation de 85%, ce qui est très satisfaisant.

La distribution des questionnaires au cours des trois rondes a été réalisée par courriel individuel, de même que la réception des réponses des participants. L'utilisation d'un outil informatique n'a pas été choisie devant le risque de bug informatique. Pour pallier au biais de retranscription des données, deux saisies informatiques ont été réalisées par deux personnes différentes et qualifiées, ainsi qu'une confrontation des données effectuée par une troisième personne. Les comptes rendus des confrontations des données des 3 rondes et les Curriculums Vitae des intervenants sont présentés en annexe 8 et 10.

La méthode Delphi est une méthode flexible, qui doit se dérouler selon de grands principes, mais qui n'applique pas de règles strictes. Cette flexibilité a permis l'adaptation d'une échelle et des définitions de « consensus » et de « désaccord » à cette étude.
L'échelle utilisée dans cette étude est une échelle de cotation standardisée allant de 1 (très faible) à 5 (très fort). Etant une suite numérique impaire, elle a l'avantage de présenter des médianes précises et permet aux experts un choix multiple pour mieux nuancer et hiérarchiser les FDR en comparaison avec une échelle à 3 points. De plus, elle permet d'obtenir des consensus rapidement, ce qui aurait été plus difficile avec une échelle de cotation à 9 points.
Dans la littérature, l'accord peut être établi si plus de 70 % des réponses sont comprises dans l'intervalle de la médiane ou par une stabilité sur plusieurs tours (21). Il a été choisi de baisser ce seuil à 60% dans cette étude devant le nombre élevé d'experts.
Afin d'adapter la définition classique de la fondation RAND du désaccord, il est défini dans cette étude si deux scores obtiennent au moins 30% des réponses à deux points d'intervalle.
Lors de la 3ème ronde, une restriction des possibilités de cotation a été proposée aux experts, dans le cas de FDR obtenant une distribution équivalente sur les précédents tours. Ceci a été fait pour faciliter l'obtention d'un consensus, avec l'accord des experts.

En cas d'absence de consensus, les facteurs de risque étaient discutés au cas par cas au sein de l'équipe de recherche. A chaque fois que le pourcentage d'un score était supérieur à 59%, il était automatiquement arrondi à 60% et le consensus était conclu, en l'absence de désaccord, et en présence de résultats cohérents.

En revanche, la méthode Delphi n'ouvre pas la porte à la discussion entre experts, et peut être difficilement conclusive en cas de désaccord persistant au sein du groupe (20). Le questionnaire est déroulé selon une liste fermée de facteurs de risque issus d'une revue systématique de la littérature (16). Lorsque le FDR obtient une cotation consensuelle par le panel, il est automatiquement classé et n'engendre pas d'évolution d'idées. Seul les FDR incertains ou vagues ressortent dans les résultats et facilitent l'expression d'opinions.

L'évaluation par une échelle de cotation ne permet pas l'expression libre des opinions et l'appréciation du ressenti des experts. Pour y pallier, il a été proposé aux participants d'émettre des commentaires libres, des justifications concernant chaque FDR et de proposer selon eux, d'autres FDR non présents sur la liste. Ainsi, les experts ont eu la possibilité d'exprimer librement leurs opinions et d'émettre leurs idées, s'ils le souhaitaient. De la sorte, certaines cotations extrêmes ont pu être expliquées, et des propositions d'adaptation ont pu être recueillies pour nuancer ou préciser les FDR.

Enfin, le choix d'un score plutôt qu'un autre type d'outil est discutable. Un score listant les FDR avec une pondération graduelle selon le niveau de risque présente l'avantage d'être simple et rapide d'utilisation, dans une consultation de médecine générale qui dure en moyenne 20 à 30 minutes chez les patients mineurs. Il pourra servir également, en rétrospectif, à identifier les FDR préexistant à une situation de maltraitance avérée. En revanche, ce score présente une majorité de FDR sociaux et n'inclut que peu de facteurs comportementaux (tempérament parental, faible niveau d'empathie, faible estime de soi, faible sentiment de compétence parentale (22)). Le médecin doit rester vigilant à observer la relation parent-enfant actuelle et à prendre en compte la parole et le comportement de l'enfant lui-même. Il doit lui accorder sa place de patient en tant que personne à part entière et ne pas se limiter aux dires parentaux. Un score présente le risque d'offrir aux médecins généralistes un algorithme trop sélectionnant, évitant ainsi au médecin de s'alerter dans certaines situations.

Enfin, les FDR pondérés, étant un résultat d'une étude basée sur une méthode Delphi, ils ne peuvent être, au mieux, que le reflet de la force de l'association entre ces FDR et un danger avéré pour l'enfant, vérifiable par des études de cohorte sur la population générale.

4.2. Discussion des résultats

Les participants ont rencontré quelques difficultés durant cette étude. La difficulté de coter et de hiérarchiser des facteurs humains s'appliquant sur des situations différentes a été notifiée. De manière générale, il a été notifié la difficulté face à l'ambiguïté entre le terme « facteur de risque » et cause de la maltraitance. De plus, au cours de trois rondes, certains FDR n'ont pas été cotés par des participants de façon ponctuelle par manque de compréhension, de connaissance dans un domaine particulier ou tout simplement par omission.

Les résultats statistiques de l'étude ont permis de mettre l'accent sur des facteurs de risque essentiels. Dès le 1er tour, les FDR « non-attachement parent-enfant » et « violence conjugale » ont obtenu une cotation consensuelle à 5 points, cotation la plus élevée. Il est à noter que les résultats statistiques ont une répartition unimodale, avec plus de 80% des réponses comprises entre 4 et 5 points et un EAM à 0.69 pour le premier FDR, et près de 90% de réponses comprises entre 4 et 5 points avec un EAM à 0.60 pour le deuxième. Cela concorde avec les données de la littérature qui mettent l'accent sur l'importance du lien parent-enfant (23), et considèrent l'enfant comme victime à part entière dans les situations de violences conjugales (24).

Les autres FDR jugés très importants et pondérés à 5 points par le groupe d'experts ont également tous obtenu un fort consensus et une répartition unimodale nette. Il s'agit notamment du FDR « antécédent de maltraitance sur l'enfant » qui a obtenu 100% des réponses entre 4 et 5 points et un EAM à 0.34. Le FDR « antécédent de violence dans l'enfance chez les parents » et « Abus d'alcool ou consommation de drogues » ont également obtenu 100% des réponses entre 4 et 5 points avec des EAM très faibles à 0.44 et 0.23. Enfin, le FDR « antécédent de maltraitance dans la fratrie » plus de 97% de réponses entre 4 et 5 points avec un EAM à 0.28.

Dans une étude épidémiologique analytique réalisée sur une population d'enfants ayant fait l'objet d'une information préoccupante (IP) dans l'agglomération grenobloise en 2019, ce dernier FDR a été significativement associé à un risque avéré de maltraitance (25). Cette étude a mis également en évidence un lien statistiquement significatif entre un risque avéré de maltraitance et les FDR « troubles du comportement de l'enfant », « troubles des apprentissages », « troubles psychopathologiques chez les parents » et « conflit de couple,

séparation, divorce ». Les avis des experts sont concordants avec ces résultats puisque ces FDR ont été pondérés à 4 points, bien que les troubles du comportement et des apprentissages ont été discutés comme étant également des conséquences de la maltraitance et peuvent donc être utilisés comme signes d'alerte d'une maltraitance avérée par le médecin généraliste.

Les résultats de l'étude sont non-stigmatisants, puisque les FDR « faible statut socio-économique » et « faible niveau éducatif » ont été pondérés à 3 points. Tout enfant peut être en situation de danger quel que soit son milieu, ce qui concorde avec le rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants de 2014 (26).
Le troisième tour Delphi a permis de mettre en évidence des consensus concernant des FDR discutés lors des tours précédents, où la répartition des résultats statistiques de départ était plutôt uniforme. La majorité de ces FDR ont été pondérés entre 1 et 3 points. Cela a concerné par exemple les FDR « famille nombreuse », ou encore « famille recomposée ». Une volonté des experts de ne pas stigmatiser ce type de famille a été notée. Cette étude a permis entre autre, de repenser ces FDR à la lumière de la société actuelle, selon les nouvelles normes légales et culturelles.

Par ailleurs, le sexe de l'enfant a été corrélé à la forme de la violence subie. En effet, les experts ont précisé qu'il existe une prédominance de la violence sexuelle chez la fille âgée de 10 à 18 ans, et une prédominance de la violence physique chez le garçon âgé de 0 à 4 ans (en particulier dans le syndrome du bébé secoué). Par contre, il n'a pas été notifié de différence pour la violence psychologique. Ces avis sont concordants avec les données actuelles de la littérature (27).

Lors du deuxième tour, les FDR « Handicap Physique » et « Faible niveau éducatif » ont fait l'objet d'une discussion à part au sein de l'équipe de recherche. Ils sont pondérés à 3 à 59.5%, et au vue de la distribution unimodale des résultats, ils sont directement inclus dans le score final en arrondissant le pourcentage à 60%, sans faire l'objet d'un troisième tour.

Lors du troisième tour, le FDR « Famille nombreuse » a été pondéré à 2 à 56% et à 1 à 41%, obtenant ainsi 97% des réponses. Ce FDR ne devrait pas être inclus, puisqu'il n'atteint pas le seuil de consensus à 60%. En revanche, une unanimité très forte du groupe d'experts ressort clairement pour accorder à ce FDR un poids très faible. Il est donc discuté, au sein de l'équipe de recherche, de son inclusion au score final, et de son poids final accordé. En recherche clinique, lorsqu'une telle situation se présente, les données manquantes peuvent être complétées par des valeurs défavorables. En prenant en compte la distribution unimodale des résultats et

l'hésitation du panel, il est décidé d'accorder le consensus à ce FDR. Il est alors inclus au score final, et sa pondération est baissée à 1. Il est pénalisé et rattrapé partiellement.

Au vu de l'obtention d'un consensus pour tous les FDR, et de la saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouvelles idées issues des commentaires, la clôture de l'étude a été actée.

Il est à noter que dès le début de l'étude, et concernant la totalité des FDR, aucun désaccord avec répartition bimodale des résultats à 2 points d'intervalle n'a été observé. Cela a permis de faciliter l'obtention d'un consensus des experts après une rétroaction contrôlée lors des tours suivants. Cela appuie également la force des consensus finaux obtenus.

L'analyse thématique des commentaires a permis d'extraire trois principales idées. Premièrement**, aucun facteur de risque pris de façon isolée ne permet à lui seul de repérer une situation à risque de maltraitance.** Le médecin doit disposer d'un faisceau d'arguments, d'autant que plusieurs FDR sont intriqués. Aussi, plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus grandes sont les probabilités de maltraitance envers l'enfant (28). L'association de plusieurs FDR conduirait chez l'adulte à la difficulté à faire face, entrainant une tolérance réduite au stress, une perte de contrôle et une difficulté à identifier les besoins de l'enfant. A l'inverse, l'absence de FDR dans une famille ne permet pas d'exclure le risque de maltraitance.

Ensuite, **l'importance de la non-stigmatisation des familles les plus défavorisées a été notifiée**. La maltraitance existe dans tous les milieux socio-économiques mais elle est mieux dissimulée dans les milieux aisés (27). Bien que le FDR « faible statut socio-économique » puisse participer à l'augmentation du stress parental face à des situations d'insécurité de l'emploi, de précarité, de difficultés d'accès au système de soins, il ne représente pas un FDR important. Cela pose le problème de l'identification même des facteurs de risque. En effet, les études qui recensent ces FDR se basent sur les cas de maltraitance suspectée ou avérée ayant fait l'objet d'une information préoccupante d'un signalement judiciaire, ou de morts violentes d'enfants (29) (30) . Le problème de la sous-déclaration de la maltraitance dans les milieux de haut statut socio-économique reste persistant et le médecin généraliste doit en avoir conscience.

Enfin, **l'essence du problème de la maltraitance réside dans les troubles du lien parent-enfant**. À cet effet, les travaux entourant la théorie de l'attachement, pour laquelle le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement principale revêt une importance capitale, ont bien démontré

l'importance de la qualité de la relation parent-enfant dans le bon développement de l'enfant (31). L'enquête de l'INSERM montre que les facteurs psychoaffectifs priment (23). La période néonatale est une période phare pour le développement du lien parent-enfant, et tout obstacle (grossesse non désirée, séparation, pathologie, manque de soutien, … etc.) peut entraver l'attachement entre le nouveau-né et ses parents. Aussi, dans une étude récente réalisée à Nancy (32), les facteurs démographiques et psychoaffectifs semblent dominer sur les facteurs socioéconomiques. La maltraitance infantile semble être avant tout une pathologie de l'attachement et les FDR représentent des situations contrariant l'établissement et le maintien du lien parent-enfant.

Dans les cas de « l'enfant-objet », ou « l'enfant-sujet », le non-respect de l'enfant en tant que personne à part entière conduit à des situations de maltraitance, les autres FDR contextuels pouvant contribuer au passage à l'acte. Néanmoins, ceci peut être nuancé par le degré d'investissement des parents et leur capacité d'adaptation aux besoins de l'enfant. L'importance du soutien de l'environnement familial et professionnel est soulignée, permettant d'accompagner les parents face aux difficultés rencontrées.

Les experts ont permis de mettre en lumière plusieurs FDR intriqués comme le FDR « non-attachement parent-enfant » intriqué avec les FDR « séparation précoce parent-enfant », « prématurité avec hospitalisation du nouveau-né », « Handicap mental », ou encore « troubles psychopathologiques chez les parents ». Ce dernier FDR pouvant être, à son tour, une conséquence du FDR « antécédent de violence dans l'enfance chez les parents ». Cela démontre la complexité et le lien que ces FDR ont entre eux, et qu'ils ne sont nullement indépendants les uns des autres. Néanmoins, les FDR peuvent être isolés comme « Petit poids de naissance » ou associés comme les FDR « Petits poids de naissance » et « Prématurité » et majorer ainsi le risque de maltraitance.

D'autres FDR ont pu être proposés par les experts. Il s'agit notamment de l'origine ethnique et la culture dont sont issus les parents. Car, selon des normes légales et culturelles différentes, certaines violences, perçues comme une forme de maltraitance en France, pourraient être plus tolérées et considérées comme des pratiques éducatives ordinaires. Cela concerne par exemple les coups de ceinture, ou les mutilations sexuelles féminines. Des parents ayant eu accès à une procréation médicale assistée ou une adoption ont également été évoqués comme facteurs de risque. Ces derniers n'ont pas été retrouvés dans la littérature. Néanmoins, il serait intéressant de vérifier la possibilité qu'ils soient des facteurs émergents par de nouvelles études sur les

victimes de maltraitance. Une évolutivité du score final est donc possible, si ces FDR sont validés et intégrés.

Enfin, les commentaires des experts ont souligné la place essentielle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant. Malheureusement, seuls 2% des signalements émanent du corps médical, selon le Ministère de la justice en 2018 (33). La création d'un outil rapide de repérage d'une situation à risque de maltraitance pour les médecins généralistes est nécessaire, afin que les médecins généralistes se réapproprient cette mission dans le cadre de la protection de l'enfance.

Il a été précisé néanmoins la position potentiellement non objective du médecin généraliste, puisqu'il prend en charge habituellement toute une famille. Cette proximité avec la famille risque d'altérer son jugement, ce qui a été retrouvé dans une étude de 2017 sur les freins de dépistage de la maltraitance infantile (34). Pour y pallier, les experts ont recommandé une formation médicale plus approfondie dans le domaine de la protection de l'enfance. Favoriser une meilleure communication et coordination entre tous les professionnels en contact avec les enfants est également une priorité. Il est à noter qu'une fois le score réalisé sur une situation précise, le jugement final reste à l'appréciation du médecin généraliste, quels que soient les résultats tirés du score.

4.3. Perspectives

L'étude a permis l'**élaboration d'un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance chez le mineur en médecine générale, en pondérant différents FDR**. Cette approche, basée sur l'identification des FDR en consultation de médecine générale est novice en France, et pourrait permettre le repérage des situations à risque. Pour l'aboutissement de la création d'un outil de repérage validé, il est nécessaire d'étudier les propriétés métrologiques du score. Sa faisabilité au cours d'une consultation de médecine générale, sa reproductibilité, sa sensibilité et sa validité seront à évaluer. Des seuils de niveau de risque seront à préciser par la suite pour graduer le risque et proposer des conduites préventives adaptées. Cet outil pourrait alors être généralisé et mis à la disposition de tous les médecins généralistes sur le territoire français. L'efficacité du score sur la prévention primaire et secondaire de la maltraitance pourrait alors être évaluée.

Pour appuyer les résultats du score, il serait nécessaire de poursuivre les études épidémiologiques rétrospectives étudiant la présence des FDR et la force de l'association de ces FDR avec un danger avéré, chez des populations d'enfants victimes de maltraitance, dans différents départements de France. Dans l'idéal, effectuer une étude de cohorte exposés-non exposés afin de vérifier de façon rigoureuse la force de l'association de ces FDR dans des populations d'enfants victimes de maltraitance.

L'utilisation d'un score de repérage rapide serait d'une grande aide pour les médecins généralistes. Le score pourrait être complété au cours de plusieurs consultations pour une situation donnée. L'idéal, serait que cet outil soit utilisé de façon automatique à terme, et intégré aux examens systématiques réalisés chez l'enfant. Le score serait complété régulièrement, au même titre que les courbes de croissance par exemple, et réévalué tout au long du suivi de l'enfant.

Développer un programme de prévention de la maltraitance en France suppose la mise en place de conditions favorables à des relations parents-enfants saines. Cela nécessite que les parents et les futurs parents puissent trouver des réponses à leurs besoins en particulier dès la grossesse et pendant les premières années de vie de l'enfant. Cette période peut être, à juste titre, source d'appréhension et de difficultés pour les parents. Le plan périnatalité 2005-2007 met en avant le rôle essentiel d'un soutien à la parentalité et propose notamment un entretien prénatal précoce au 4ème mois de grossesse et des cours de préparation à la naissance pris en charge à 100%. Un plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants a été mis en place en 2017-2019 (35). Recenser annuellement les violences faites aux enfants et promouvoir une éducation parentale bienveillante dans le respect de l'enfant font partie des objectifs de ce plan. De même, la présence d'un médecin référent "protection de l'enfance" dans chaque hôpital est exigée. Celui-ci « *peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux* ».
D'un point de vue individuel, le médecin traitant repérant un enfant à risque de danger pourrait se référer aux services départementaux de PMI ou un autre professionnel (MG formé, pédiatre, psychiatre, infirmière scolaire…) pour un suivi et une prévention renforcés (34).

Néanmoins, ces mesures restent insuffisantes. Selon l'OMS, la prévention consiste à éliminer ou à réduire les facteurs de risque qui favorisent l'apparition d'un problème, tout en renforçant les capacités individuelles et collectives à faire face au stress. Dans le cas de la maltraitance, il s'agit de mettre en place des conditions individuelles, familiales, économiques et sociales

propices à des relations parent-enfant saines. Le but final serait que, de la naissance à l'adolescence, le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes. La création d'environnements favorables aux familles par des moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs est nécessaire à la prévention de la maltraitance, car elle permet de limiter les difficultés dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants.

CONCLUSION

La maltraitance infantile intrafamiliale est un sérieux problème de santé publique, elle doit être appréhendée comme telle. La prévention est essentielle, et commence par le repérage des situations à risque.

Ce travail a permis de pondérer 25 facteurs de risque (FDR) associés à la maltraitance, tirés d'une revue systématique de la littérature. Il a été élaboré par une méthode Delphi incluant 40 experts qui travaillent en lien avec la protection de l'enfance. Un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur a été créé à destination du médecin généraliste.

Cette étude a permis de majorer certains FDR. Les FDR ayant eu le plus haut score à 5 points sont la violence conjugale, les troubles de l'attachement parent-enfant, les antécédents de maltraitance chez l'enfant, la fratrie ou les parents, et l'abus d'alcool ou consommation de drogues chez les parents. Les commentaires des experts ont mis en évidence l'importance d'une association de FDR pour le repérage d'une situation à risque, l'idée que la maltraitance existe dans tous les milieux socio-économiques, et le rôle majoritaire des troubles du lien parent-enfant comme principale source du problème. Ces FDR, et leur multiplicité, permettront d'alerter le médecin généraliste devant une situation à risque de façon privilégiée.

La pondération des FDR par des professionnels, ne peut être, au mieux, que le reflet de la force de l'association statistique réelle entre ces FDR avec un danger avéré pour l'enfant, vérifiable par des études de cohorte sur la population générale. Il s'agit pour le médecin généraliste de repérer une situation à risque de maltraitance et déployer des stratégies de prévention adaptées au niveau de risque. L'étude des propriétés métrologiques du score permettra l'élaboration d'un outil final validé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. Genève (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé; 2007.

2. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

3. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en

4. ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf

5. note_chiffres_cles_annee_2017.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee_2017.pdf

6. Gorza M. État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans - Résultats du baromètre de Santé Publique France 2017 / State of mental health to people reporting a history of sexual violence before 15 years old - Results of Santé Publique France 2017. :9.

7. Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II, Board on Children, Youth, and Families, Committee on Law and Justice, Institute of Medicine, National Research Council. New Directions in Child Abuse and Neglect Research [Internet]. Petersen AC, Joseph J, Feit M, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195985/

8. Maltraitance à Enfant : Le Meurtre d'Âmes - Dominique MARION - 2008 [Internet]. ANALYSE INTEGRATIVE REVE EVEILLE. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://www.analyse-integrative-re.com/publications/articles/a-maltraitance-article-1/

9. ra_giped_2018_complet.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_giped_2018_complet.pdf

10. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.

11. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juill 10, 2019.

12. Gueguen C, Ansembourg T d'. Pour une enfance heureuse: repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris: Pocket; 2015.

13. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse & Neglect. 1 févr 2012;36(2):156-65.

14. Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3059248/

15. OMS | Facteurs de risque [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

16. REBEYROTTE S, Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA / com. Identification des situations à risques de maltraitance infantile intrafamiliale chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature : outil de repérage rapide à destination du médecin généraliste. 2016.

17. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. :25.

18. guide_enfance_en_danger.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: https://www.isere.fr/sites/default/files/guide_enfance_en_danger.pdf

19. Guide_Observatoire.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/02/Guide_Observatoire.pdf

20. guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf

21. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs. oct 2000;32(4):1008-15.

22. Facteurs de risque de la maltraitance [Internet]. INSPQ. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/facteurs-de-risque-de-la-maltraitance

23. Tursz A. La maltraitance envers les enfants: Qu'en sait-on actuellement en France? Les Cahiers Dynamiques. 2015;66(4):17.

24. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2019;53.

25. Grob F, Bertrand JH. Facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale dans l'agglomération grenobloise en 2017 : étude épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante. 21 nov 2019;56.

26. Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf

27. Tursz A. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. :121.

28. Lamela D, Figueiredo B. A Cumulative Risk Model of Child Physical Maltreatment Potential: Findings From a Community-Based Study: Journal of Interpersonal Violence [Internet]. 20 nov 2015 [cité 15 mai 2020]; Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260515615142

29. Haute Autorité de Santé - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

30. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4). :455.

31. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988. 205 p.

32. Patoor I. Présence de facteurs de risque de maltraitance en période périnatale dans une cohorte d'enfants pris en charge par l'Unité Maltraitance du CHRU de Nancy en 2014 et 2015. :101.

33. Annuaire_ministere-justice_2018_CHAPITRE_13.pdf [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Annuaire_ministere-justice_2018_CHAPITRE_13.pdf

34. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale: les freins au dépistage, les aides possibles : étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche. 2017. 260 p.

35. PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : SCORE FINAL DE REPERAGE D'UNE SITUATION A RISQUE DE MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE CHEZ LE MINEUR EN MEDECINE GENERALE

En cas d'absence d'un FDR, le score 0 est attribué
En cas de présence d'un FDR, se référer au tableau suivant.

FACTEURS DE RISQUE	POINTS
LIÉS À L'ENFANT	
Garçon âgé de 0-4 ans	3
Fille âgée de 10-18 ans	3
Handicap mental	4
Handicap physique	3
Maladie chronique de l'enfant	2
Prématurité (avant 37SA) avec hospitalisation du nouveau-né	3
Antécédent de maltraitance sur l'enfant	5
Petit poids de naissance isolé (inférieur à 2.5 kg)	1
Troubles du comportement	4
Troubles des apprentissages	4
Non-attachement parent-enfant (grossesse non désirée, pathologique, non investie, multiple)	5
Séparation précoce parent-enfant (en dehors de la prématurité, hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum)	4
LIÉS AUX PARENTS	
Très jeune âge de la mère non accompagnée (moins de 19 ans)	3
Faible statut socioéconomique	3
Faible niveau éducatif	3
Antécédent de violence dans l'enfance	5
Troubles psychopathologiques	4
Abus d'alcool ou consommation de drogues	5
LIÉS À LA FAMILLE	
Famille monoparentale	2
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille	2
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	1
Conflit de couple, séparation, divorce	4
Violence conjugale	5
Isolement social et familial	4
Antécédent de violence dans la fratrie	5
TOTAL	

ANNEXE 2 : LISTE DES EXPERTS ET CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES CLASSEE PAR ORDRE ALPHABETIQUE

NOM PRRENOM	FONCTION	MODE / LIEU D'EXERCICE	VILLE
MEDECINS GENERALISTES			
Maryse DUROCHER	Médecin généraliste	Salariée, Centre de santé	Grenoble
Aurélie FINKEL	Médecin généraliste	Salariée, Centre de santé et CPEF	Grenoble
Tiphaine GENEVOIS	Médecin généraliste	Salariée, Centre de santé	Grenoble
Estelle GOUGOU	Médecin généraliste	Salariée, Centre de santé	Grenoble
Brigitte LAMY	Médecin généraliste	Libérale, rural et urbain Centre des Buttes-Chaumont	Megève, Paris
Anne-Laure LE BRETON	Médecin généraliste	Libérale, semi-rural	Pacé, Rennes
François-Xavier LEUPERT	Médecin généraliste	Salarié, PMI	Grenoble
Delphine MORTAS	Médecin généraliste	Libérale, Semi-rural	Vizille, Grenoble
Aurélie MOTTET	Médecin généraliste	Libérale, urbain	Grenoble
Elodie RENON	Médecin généraliste	Salariée, PMI et CPEF	Grenoble
Camille RENZI	Médecin généraliste	Salariée, hospitalier	Montleger
Catherine VERMOREL	Médecin généraliste	Salariée, PMI	Grenoble
MEDECINS NON GENERALISTES			
Martine BALENCON	Pédiatre- Médecin légiste Expert près de la Cour d'Appel de Rennes	CASED CHU Rennes Hôpital Sud *UMJ mineurs Hôtel Dieu- APHP*	Rennes
Céline GARNIER-JARDIN	Pédiatre – Médecin légiste. Expert Judiciaire	UMJ-IML, CHU	Caen
Adeline HENNICHE	Médecin urgentiste	Unité d'accueil des urgences	Sallanches
Anne LAURENT-VANNIER	Pédiatre, Présidente du groupe de travail HAS sur les recommandations portant sur le diagnostic du syndrome du bébé secoué.	Médecine Physique et de réadaptation Hôpitaux de Saint Maurice	Paris
Margaux LEMESLE	Pédiatre - médecin légiste	Unité d'Accueil des Enfants en Danger – Pédiatrie – CHU	Nantes

Anne-Pascale MICHARD-LENOIR	Pédiatre	Urgences pédiatriques - CHU	Grenoble
François PAYSANT	MCU-PH Médecine Légale	UGA- CHUGA	Grenoble
Claire PEROT	Pédiatre	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	Grenoble
Jean-Sébastien RAUL	PU-PH, Directeur de l'Institut de Médecine Légale		Strasbourg
Michel ROUSSEY	Professeur Honoraire de Pédiatrie, Ex-responsable de la CASED Expert judiciaire	Université de Rennes, CHU de Rennes	Rennes
Barbara TISSERON	Pédiatre – Médecin Légiste, Expert Judiciaire	CHR d'Orléans - Service de pédiatrie UAJV-UMJ mineur	Orléans
Anonyme	Médecin scolaire	Education nationale	Isère (38)
Anonyme	*Pédiatre*	*Unité d'accueil des enfants en danger- Pédiatrie - CHU*	Loire-Atlantique (44)
NON MEDECINS			
Lionel BAUCHOT	Psychologue clinicien /Psychanalyste Praticien Chercheur en Protection de l'Enfance Membre du Conseil National des Avis Déontologiques et Éthiques (CNADE) Expert près de la Cour d'Appel de Grenoble	Libéral	Grenoble
Anne-Sophie BRUN-WAUTHIER	Juriste - Maître de conférences en droit privé - Responsable du M2 Droit des personnes et de la famille	Université Grenoble-Alpes	Grenoble
Christine CASTELLO	Ex-Cadre de santé - Chef de service Unité de Jour	Etablissement publique départemental Le Charmeyran – Protection de l'Enfance	Grenoble

Laurence CIMAR	Juriste - Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles	Centre de recherche juridique - Université Grenoble-Alpes	Grenoble
Frédérique CRISTANTE	Directrice d'école primaire	Ecole publique Léon JOUHAUX	Grenoble
Manon DE LAVAISSIERE	Sage-femme	Libérale	Grenoble
Michel FLEUROT	Educateur Spécialisé	Aide sociale à l'enfance	Grenoble
Claire LAMARE	Travailleur d'intervention Sociale et familiale	Aide à Domicile aux Famille 38	Grenoble
Pauline LEMASSON	Infirmière puéricultrice	PMI	Grenoble
Géraldine MARTIN	Assistante sociale	PMI	Grenoble
Olivier MAUREL	Ex-professeur de lettres, auteur de livres sur les violences éducatives ordinaires (VEO)		Marseille
Martine NISSE	Educatrice spécialisée, thérapeute familiale et co-fondatrice du Centre des Buttes-Chaumont	Centre des Buttes-Chaumont	Paris
Floriane POIRSON	Sage-femme	PMI	Grenoble
Anne-Claire PORCHER	Masseur-Kinésithérapeute, DIU kinésithérapie pédiatrique	Libéral	Grenoble
Anonyme	Juriste de l'enfance et de la dignité, Droit de l'action sociale et médicale		Isère (38)

ANNEXE 3 : DEFINITION DES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES

1/ Violences physiques

La violence physique est définie comme l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne (ou risque fortement d'entraîner) un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner, faire suffoquer.
D'après les articles 222-1 à 17 du code pénal, est définie comme violence physique tout acte, prémédité ou non, ayant entraîné des blessures ou la mort d'un individu.

2/ Violences sexuelles

Il s'agit de la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas en mesure de comprendre ou de consentir, ou qui transgresse la loi. Elles comprennent les viols, incestes, attentats à la pudeur, la prostitution infantile et la pédopornographie. La loi pénale française distingue les agressions sexuelles (viol et agression sexuelle autre que le viol), les atteintes sexuelles et la corruption de mineurs.
Selon l'article 222-22 du Code Pénal (CP), constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol consiste en la pénétration sexuelle de quelque nature qu'elle soit (article 222-23). Les autres agressions sont sans pénétration (attouchement, masturbations, etc). Selon l'article 227 du CP, les atteintes sexuelles regroupent toutes formes d'atteinte sexuelle exercées sans contrainte, violence, menace ou surprise par un majeur sur un mineur. Selon ce même code, la corruption de mineurs regroupe les actes obscènes effectués devant mineurs ou le fait de le mettre à la vue d'une relation sexuelle (revue, films pornographiques, etc.).

3/ Violences psychologiques

Ce sont à la fois le fait des incidents isolés et l'échec de l'une des personnes s'occupant de l'enfant à lui fournir un environnement qui soit approprié et favorable à son développement. Ces faits risquent d'entraîner des préjudices sur la santé mentale, le développement physique, mental, moral ou social de l'enfant. On considère comme violences psychologiques le rejet, la dévalorisation, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants. Mais également la terreur, l'isolement physique et/ou social, l'exploitation ou la corruption, le refus de réponse affective. Les violences conjugales et intra familiales ainsi que le syndrome de Münchhausen par procuration en font également partie.
Le syndrome de Münchhausen par procuration correspond à un trouble factice par lequel une personne, généralement la mère, provoque ou simule chez l'enfant une pathologie organique, puis fait appel au médecin avec pour conséquence de le soumettre à des explorations, à des traitements inutiles, voire dangereux.
Selon l'article 227-17 du code pénal, le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur constitue une violence.

4/ Négligences

Elles concernent, de la part de l'un des parents ou d'un membre de la famille, la carence volontaire ou involontaire des soins qui permettent habituellement de subvenir au développement et au bien-être de l'enfant dans les domaines de la santé, de l'éducation, du développement affectif, de la nutrition, de la sécurité. Certaines définitions distinguent les négligences légères des négligences graves mais ne sont pas consensuelles.

Le code pénal français dans l’article 227-15 parle du fait, par un ascendant ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de moins de quinze ans, de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé.

ANNEXE 4 : DEFINITION ET PRECISIONS DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE

FDR liés à l'enfant :

Age de l'enfant

Concernant la préadolescence et l'adolescence, la limite d'âge inférieure retenue pour définir cette période est celle de l'OMS et de l'Unicef, qui la fixe à l'âge de 10 ans. La limite supérieure fixée dans cette étude est 18 ans, puisqu'elle traite seulement les maltraitances sur les mineurs.

Sexe de l'enfant :

Le type de violence varie selon le sexe de l'enfant. Ainsi, il existe une prédominance de la violence sexuelle chez la fille, et une prédominance de la violence physique chez le garçon (en particulier dans le syndrome du bébé secoué). Par contre, il n'existe pas de différence pour la violence psychologique.

Handicap mental

L'OMS définit le retard mental comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.

Handicap physique

Un handicap physique est un trouble physique qui peut affecter la motricité (perte d'une partie ou de la totalité de la capacité de mouvement).

Maladie chronique

D'après l'OMS, une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive et peut être associée à la menace de complications graves. Peuvent être citées comme maladies chroniques l'insuffisance rénale chronique, l'asthme, le cancer, le diabète, la mucoviscidose, la drépanocytose, les myopathies, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, …)

Prématurité

Selon une recommandation de l'OMS, est prématurée toute naissance avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée (avant huit mois de grossesse).

Petit poids de naissance

Selon la définition de l'OMS, un enfant ayant un faible poids à la naissance est un enfant dont le poids est inférieur à 2 500 grammes indépendamment de son âge gestationnel.

Troubles des apprentissages

Les troubles de l'apprentissage scolaire concernent les troubles de langage oral et écrit, les troubles du calcul et les troubles associés de l'attention, de la coordination ou psychomoteurs.

Troubles du comportement

On parle de troubles du comportement lorsque de l'agir non socialisé vient au premier plan comme mode d'expression dans la relation. Quelques exemples en fonction de l'âge, des troubles les plus fréquemment rencontrés :

- Dans la 1ère enfance : pleurs incessants, troubles du sommeil, troubles alimentaires. Ultérieurement : difficulté à se séparer, opposition, agressivité, colères, morsures entre pairs.

- Dans l'enfance : mensonge, refus d'obéissance, vol, instabilité psychomotrice, sadisme à l'égard des animaux.

- A l'adolescence : opposition, revendication, colère, provocation, auto et hétéro-agressivité, agression sexuelle, fugue, errance, vol, repli sur soi, difficultés de socialisation, addictions, troubles du comportement alimentaire, tentative de suicide, conduites à risque, absence de compliance thérapeutique lors des maladies organiques.

Non-attachement parent-enfant et séparation précoce

Le non-attachement est une situation très délétère. Les facteurs à l'origine de ce non-attachement peuvent avoir leurs origines avant ou après la naissance. Avant la naissance, il peut s'agir d'une grossesse non désirée, pathologique, multiple ou non investie (Les négations de grossesse : dissimulation, dénégation et déni). Après la naissance, ce sont des situations responsables d'une séparation précoce mère-enfant (survenant dans le premier mois après la naissance) : prématurité, grossesses multiples, dépression du post-partum, toutes causes d'hospitalisations néo-natales ou d'hospitalisation parentale.

<u>FDR liés aux parents :</u>

Le facteur de risque peut être recherché chez l'un des deux parents ou les deux.

Jeune âge de la mère :

Il n'existe a pas de définition officielle de la « grossesse précoce ». Généralement, on place le curseur à la majorité, soit 18 ans. Parfois, à 20 ans.

Faible statut socio-économique :

Les enfants issus de ménage à faible statut socioéconomique sont davantage exposés au risque de maltraitance. Mais cela ne doit pas occulter une maltraitance dans les milieux aisés fortement sous déclarée.

Les indicateurs du niveau socio-économique individuel les plus souvent utilisés sont l'éducation, la profession et le revenu.

Peuvent également être considérées les conditions de logement défavorables (pas de domicile fixe, ou hôtel, mauvaises conditions de logement), l'absence de sécurité sociale, l'inactivité professionnelle ou l'absence de perspective professionnelle ou de vie.

Faible niveau éducatif :

Un faible niveau de scolarité et d'éducation est défini comme le plus haut niveau de scolarité atteint correspondant aux études secondaires ou moins.

La carence éducative est souvent maternelle dans les situations de maltraitance. Elle comprend le manque de connaissance sur le développement normal d'un enfant, des attentes irréalistes ou inappropriées.

Troubles psychopathologiques

Sont considérés tous les troubles psychologiques communs (immaturité, dépendance à l'autre, repli sur soi, dévalorisation de l'image de soi, inaffectivité), les troubles de la personnalité, les troubles psychiatriques comprenant les troubles anxieux (la phobie spécifique; le trouble d'anxiété généralisée; le trouble panique avec ou sans agoraphobie; le trouble d'anxiété sociale), les troubles de l'humeur (troubles dépressifs, troubles bipolaires), les troubles

psychotiques (présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations comme la schizophrénie ou la psychose hallucinatoire chronique).

FDR liés à la famille :

Famille monoparentale

Est considérée comme monoparentale la famille où l'autorité parentale est exercée par un seul des parents et dans laquelle il n'existe plus de contact avec l'autre parent (décès, séparation…).

Famille recomposée

Présence d'une belle-famille au domicile de l'enfant.

Famille nombreuse

La définition en France selon l'INSEE est "trois enfants ou plus"; et famille "très nombreuse" correspondant à "quatre enfants ou plus".

Violence conjugale

La violence au sein du couple se définit selon l'HAS comme un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple actuelle ou passée (mariage, concubinage, PACS), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents, destructeurs. La violence au sein du couple est fondée sur un rapport de force ou de domination, basé sur un pouvoir asymétrique. Elle se distingue, en ce sens, du conflit dans le couple caractérisé par une négociation égalitaire des différences. Cette violence peut revêtir plusieurs formes (physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique, administrative).

Isolement social et familial

Sont inclus les situations d'absence de soutien social ou familial, de déracinement géographique ou culturel.

Antécédent de violence dans la fratrie

Considéré présent lorsqu'il existe une information préoccupante pour un autre enfant de la fratrie que celui concerné, ou lorsqu'il est mentionné un fait de violence envers celui-ci.

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DES 3 RONDES DELPHI

TABLEAU 1 : Questionnaire du 1er tour

1er TOUR	
FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT	**POINTS**
Age : petit enfant 0-4 ans	
Age : préadolescent-adolescent 10-18 ans	
Sexe masculin	
Sexe féminin	
Handicap mental	
Handicap physique	
Maladie chronique	
Prématurité	
Un antécédent de maltraitance	
Petit poids de naissance	
Troubles du comportement	
Troubles des apprentissages	
Non-attachement parent-enfant (grossesse non désirée, pathologique, non investie, non suivie, non déclarée, multiple)	
Séparation précoce parent-enfant (hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum, prématurité)	
FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS	**POINTS**
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)	
Faible statut socioéconomique	
Faible niveau éducatif	
Antécédent de violence dans l'enfance	
Troubles psychopathologiques	
Consommation d'alcool ou de drogues	
FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE	**POINTS**
Famille monoparentale	
Présence d'un parent non biologique	
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	
Conflit de couple, séparation, divorce	
Violence conjugale	
Isolement social et familial	
Antécédent de violence dans la fratrie	

Consignes :

*Mettre **1 point** à un FDR si vous pensez qu'il est **très faiblement** lié à une maltraitance*
*Mettre **2 points** à un FDR si vous pensez qu'il est **faiblement** lié à une maltraitance*
*Mettre **3 points** à un FDR si vous pensez qu'il est **moyennement** lié à une maltraitance*
*Mettre **4 points** à un FDR si vous pensez qu'il est **fortement** lié à une maltraitance*
*Mettre **5 points** à un FDR si vous pensez qu'il est **très fortement** lié à une maltraitance*

2ème TOUR							
FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT	**1er tour**	**Résultats 1er tour**					**2e tour**
		%1	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	
Age : petit enfant 0-4 ans		12.8	7.7	30.8	28.2	20.5	XXX
Prédominance des scores 3, 4 et 5.							
Age : préadolescent-adolescent 10-18 ans		28.9	31.6	21.1	10.5	7.9	XXX
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Sexe masculin		46.2	23.1	20.5	5.1	5.1	XXX
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Sexe féminin		44.7	26.3	18.4	5.3	5.3	XXX
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Garçon âgé de 0-4 ans	XXX						
Justification :							
Fille âgée de 10-18 ans	XXX						
Justification :							
Handicap mental		2.6	17.9	20.5	38.5	20.5	
Absence de consensus. Répartition uniforme des résultats.							
Justification :							
Handicap physique		10.3	23.1	30.8	23.1	12.8	
Prédominance des scores 2, 3 et 4.							
Justification :							
Maladie chronique		10.3	43.6	30.8	15.4	0	
Prédominance des scores 2 et 3.							
Justification :							
Prématurité (avant 37 SA)		17.9	28.2	33.3	17.9	2.6	
Absence de consensus. Répartition uniforme des résultats.							
Justification :							
Un antécédent de maltraitance sur l'enfant		0	5.1	7.7	30.8	56.4	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							

Justification :							
Petit poids de naissance (inférieur à 2.5 kg)		43.6	23.1	25.6	7.7	0	
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Justification :							
Troubles du comportement		0	7.7	12.8	46.2	33.3	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							
Justification :							
Troubles des apprentissages		0	23.1	30.8	35.9	10.3	
Prédominance des scores 2, 3 et 4.							
Justification :							
Séparation précoce parent-enfant		2.6	15.4	35.9	38.5	7.7	
Prédominance des scores 3 et 4.							
Justification :							
FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS	**1er tour**	**%1**	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	**2e tour**
Très jeune âge de la mère(moins de 19 ans)		13.2	23.7	36.8	23.7	2.6	
Prédominance des scores 2, 3 et 4.							
Justification :							
Faible statut socioéconomique		12.8	23.1	35.9	25.6	2.6	
Prédominance des scores 2, 3 et 4.							
Justification :							
Faible niveau éducatif		12.8	25.6	30.8	25.6	5.1	
Prédominance des scores 2, 3 et 4.							
Justification :							
Antécédent de violence dans l'enfance		2.6	0	7.7	38.5	51.3	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							

Justification :							
Troubles psychopathologiques		0	5.1	2.6	48.7	43.6	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							
Justification :							
Abus d'alcool ou consommation de drogues		0	2.6	5.1	35.9	56.4	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							
Justification :							
FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE	**1er tour**	**%1**	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	**2e tour**
Famille monoparentale		17.9	41.0	25.6	10.3	5.1	
Prédominance des scores 1, 2 et 3							
Justification :							
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille		23.7	34.2	26.3	13.2	2.6	
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Justification :							
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)		30.8	38.5	23.1	7.7	0	
Prédominance des scores 1, 2 et 3.							
Justification :							
Conflit de couple, séparation, divorce		2.6	12.8	33.3	43.6	7.7	
Consigne : Au vu des résultats, merci de choisir entre 3 et 4 points.							
Justification :							
Isolement social et familial		2.6	2.6	30.8	48.7	15.4	
Prédominance des scores 3 et 4.							
Justification :							
Antécédent de violence dans la fratrie		0	5.1	7.7	28.2	59.0	
Consigne : Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							
Justification :							

3ème TOUR							
FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT	**2ème tour**	**Résultats 2ème tour**					**3ème tour**
		%1	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	
Maladie chronique de l'enfant		5.4	48.6	40.5	5.4	0	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2 et 3 points.							
Justification :							
Prématurité (avant 37 SA) avec hospitalisation du nouveau-né		16.2	18.9	48.6	10.8	5.4	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2 et 3 points.							
Justification :							
Petit poids de naissance isolé (inférieur à 2.5 kg)		54.3	28.6	11.4	5.7	0	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 1 et 2 points.							
Justification :							
Troubles des apprentissages		0	18.9	29.7	48.6	2.7	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 3 et 4 points.							
Justification :							
Séparation précoce parent-enfant (en dehors de la prématurité)		0	8.1	40.5	45.9	5.4	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 3 et 4 points.							
Justification :							
Garçon âgé de 0-4 ans		5.6	30.6	38.9	16.7	8.3	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2 et 3 points.							
Justification :							
Fille âgée de 10-18 ans		2.9	34.3	31.4	25.7	5.7	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2 et 3 points.							
Justification :							
FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS	**2ème tour**	**%1**	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	**3ème tour**
Très jeune âge de la mère non accompagnée (moins de 19 ans)		2.7	18.9	56.8	21.6	0	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2,3 et 4 points.							
Justification :							

Troubles psychopathologiques		0	0	2.7	51.4	45.9	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 4 et 5 points.							
Justification :							
FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE	**2ème tour**	**%1**	**%2**	**%3**	**%4**	**%5**	**3ème tour**
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille		13.5	51.4	29.7	5.4	0	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 2 et 3 points.							
Justification :							
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)		37.8	48.6	13.5	0	0	
Au vu des résultats, merci de choisir entre 1 et 2 points.							
Justification :							

ANNEXE 6 : DETAIL DES RESULTATS QUANTITATIFS DES 3 RONDES

1ère ronde									
FDR LIÉS À L'ENFANT	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Âge : petit enfant 0-4 ans	3	1,03	12,8	7,7	30,8	28,2	20,5	NON	NON
Âge : préadolescent - adolescent 10-18ans	2	1,02	28,9	31,6	21,1	10,5	7,9	NON	NON
Sexe masculin	2	0,92	46,2	23,1	20,5	5,1	5,1	NON	NON
Sexe féminin	2	0,89	44,7	26,3	18,4	5,3	5,3	NON	NON
Handicap mental	4	0,92	2,6	17,9	20,5	38,5	20,5	NON	NON
Handicap physique	3	0,94	10,3	23,1	30,8	23,1	12,8	NON	NON
Maladie chronique	2	0,76	10,3	43,6	30,8	15,4	0,0	NON	NON
Prématurité	3	0,90	17,9	28,2	33,3	17,9	2,6	NON	NON
Antécédent de maltraitance	5	0,69	0,0	5,1	7,7	30,8	56,4	NON	NON
Petit poids de naissance	2	0,85	43,6	23,1	25,6	7,7	0,0	NON	NON
Trouble du comportement	4	0,63	0,0	7,7	12,8	46,2	33,3	NON	NON
Troubles des apprentissages	3	0,82	0,0	23,1	30,8	35,9	10,3	NON	NON
Non-attachement parent-enfant (grossesse non désirée, pathologique, non investie, non suivie, multiple)	5	0,69	0,0	0,0	17,9	20,5	61,5	NON	OUI
Séparation précoce parent-enfant (hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum, prématurité)	3	0,77	2,6	15,4	35,9	38,5	7,7	NON	NON
FDR LIÉS AUX PARENTS	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)	3	0,84	13,2	23,7	36,8	23,7	2,6	NON	NON
Faible statut socioéconomique	3	0,85	12,8	23,1	35,9	25,6	2,6	NON	NON
Faible niveau éducatif	3	0,91	12,8	25,6	30,8	25,6	5,1	NON	NON
Antécédent de violence dans l'enfance	5	0,66	2,6	0,0	7,7	38,5	51,3	NON	NON
Troubles psychopathologiques	4	0,60	0,0	5,1	2,6	48,7	43,6	NON	NON
Consommation d'alcool ou de drogues	5	0,61	0,0	2,6	5,1	35,9	56,4	NON	NON
FDR LIÉS A LA FAMILLE	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Famille monoparentale	2	0,87	17,9	41,0	25,6	10,3	5,1	NON	NON
Présence d'un parent non-biologique	2	0,90	23,7	34,2	26,3	13,2	2,6	NON	NON

Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	0,72	30,8	38,5	23,1	7,7	0,0	NON	NON
Conflit de couple, séparation, divorce	4	0,76	2,6	12,8	33,3	43,6	7,7	NON	NON
Violence conjugale	5	0,60	0,0	0,0	10,3	28,2	61,5	NON	OUI
Isolement social et familial	4	0,67	2,6	2,6	30,8	48,7	15,4	NON	NON
Antécédent de violence dans la fratrie	5	0,70	0,0	5,1	7,7	28,2	59,0	NON	NON

2ème ronde									
FDR LIÉS À L'ENFANT	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Garçon âgé de 0-4 ans	3	0,77	5,6	30,6	38,9	16,7	8,3	NON	NON
Fille âgée de 10-18 ans	3	0,78	2,9	34,3	31,4	25,7	5,7	NON	NON
Handicap mental	4	0,60	00	10,8	16,2	64,9	8,1	NON	OUI
Handicap physique	3	0,49	2,7	21,6	59,5	16,2	0,0	NON	OUI
Maladie chronique	2	0,60	5,4	48,6	40,5	5,4	0,0	NON	NON
Prématurité (avant 37SA)	3	0,82	16,2	18,9	48,6	10,8	5,4	NON	NON
Antécédent de maltraitance sur l'enfant	5	0,34	0,0	0,0	0,0	21,6	78,4	NON	OUI
Petit poids de naissance (inférieur à 2.5kg)	1	0,74	54,3	28,6	11,4	5,7	0,0	NON	NON
Trouble du comportement	4	0,46	0,0	0,0	0,0	64,9	35,1	NON	OUI
Troubles des apprentissages	4	0,72	0,0	18,9	29,7	48,6	2,7	NON	NON
Séparation précoce parent-enfant	4	0,64	0,0	8,1	40,5	45,9	5,4	NON	NON
FDR LIÉS AUX PARENTS	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)	3	0,47	2,7	18,9	56,8	21,6	0,0	NON	NON
Faible statut socioéconomique	3	0,46	5,4	13,5	67,6	10,8	2,7	NON	OUI
Faible niveau éducatif	3	0,56	8,1	13,5	59,5	16,2	2,7	NON	OUI
Antécédent de violence dans l'enfance	5	0,44	0,0	0,0	0,0	32,4	67,6	NON	OUI
Troubles psychopathologiques	4	0,52	0,0	0,0	2,7	51,4	45,9	NON	NON
Abus d'alcool ou consommation de drogues	5	0,23	0,0	0,0	0,0	13,5	86,5	NON	OUI

FDR LIÉS À LA FAMILLE	M	EAM	% score 1	% score 2	% score 3	% score 4	% score 5	Désaccord	Consensus
Famille monoparentale	2	0,45	8,1	67,6	21,6	2,7	0,0	NON	OUI
Famille recomposée : présence d'une belle-famille	2	0,62	13,5	51,4	29,7	5,4	0,0	NON	NON
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	0,57	37,8	48,6	13,5	0,0	0,0	NON	NON
Conflit de couple, séparation, divorce	4	0,45	0,0	2,7	24,3	70,3	2,7	NON	OUI
Isolement social et familial	4	0,34	0,0	0,0	18,9	73,0	8,1	NON	OUI
Antécédent de violence dans la fratrie	5	0,28	0,0	0,0	2,7	10,8	86,5	NON	OUI

3ème ronde									
FDR LIÉS À L'ENFANT	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Maladie chronique de l'enfant	2	0,44	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	NON	OUI
Prématurité (avant 37SA) avec hospitalisation du nouveau-né	3	0,39	0,0	26,5	73,5	0,0	0,0	NON	OUI
Petit poids de naissance isolé (inférieur à 2.5kg)	1	0,36	76,5	23,5	0,0	0,0	0,0	NON	OUI
Troubles des apprentissages	4	0,48	0,0	2,9	29,4	67,6	0,0	NON	OUI
Séparation précoce parent-enfant (en dehors de la prématurité)	4	0,47	0,0	0,0	38,2	61,8	0,0	NON	OUI
Garçon âgé de 0-4 ans	3	0,46	0,0	32,4	64,7	2,9	0,0	NON	OUI
Fille âgée de 10-18 ans	3	0,48	0,0	39,4	60,6	0,0	0,0	NON	OUI
FDR LIÉS AUX PARENTS	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Très jeune âge de la mère non accompagnée (moins de 19 ans)	3	0,43	0,0	2,9	67,6	29,4	0,0	NON	OUI
Troubles psychopathologiques	4	0,46	0,0	0,0	0,0	64,7	35,3	NON	OUI
FDR LIÉS À LA FAMILLE	**M**	**EAM**	**% score 1**	**% score 2**	**% score 3**	**% score 4**	**% score 5**	**Désaccord**	**Consensus**
Famille recomposée : présence d'une belle-famille	2	0,42	0,0	70,6	29,4	0,0	0,0	NON	OUI
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	0,51	41,1	56,0	2,9	0,0	0,0	NON	OUI

Légende :
M : médiane
% score : pourcentage de la valeur médiane
EAM : Ecart Absolu Médian

ANNEXE 7 : SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES DES 3 RONDES DELPHI

SYNTHESE DES RESULTATS DU 1er TOUR DELPHI

Partie 1 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT**

FACTEUR DE RISQUE	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Âge : petit enfant de 0-4 ans	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Âge : préadolescent - adolescent de 10-18 ans	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Sexe masculin	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Sexe féminin	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Handicap mental	4	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Handicap physique	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Maladie chronique	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Prématurité	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Antécédent de maltraitance	5	**Prédominance des scores 4 (30.8%) et 5 (56.4%)** **Rediscussion au 2e tour**
Petit poids de naissance	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Troubles du comportement	4	**Prédominance des scores 4 (46.2%) et 5 (33.3%).** **Rediscussion au 2e tour**
Troubles des apprentissages	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Non-attachement parent-enfant (Grossesse non désirée, pathologique, non investie, non suivie, non déclarée, multiple)	5	**Consensus à 61.5%**
Séparation précoce parent-enfant (hospitalisation néo-natale ou parentale, dépression post-partum, prématurité)	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**

Partie 2 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS**

FACTEUR DE RISQUE	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Faible statut socio-économique	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Faible niveau éducatif	3	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Antécédent de violence dans l'enfance	5	**Prédominance des scores 4 (38.5%) et 5 (51.3%).** **Rediscussion au 2e tour**
Troubles psychopathologiques	4	**Prédominance des scores 4 (48.7%) et 5 (43.6%).** **Rediscussion au 2e tour**
Consommation d'alcool ou de drogues	5	**Prédominance des scores 4 (35.9%) et 5 (56.4%).** **Rediscussion au 2e tour**

Partie 3 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille monoparentale	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Présence d'un parent non biologique	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Conflit de couple, séparation, divorce	4	**Prédominance des scores 3 (33.3%) et 4 43.6%).** **Rediscussion au 2e tour**
Violences conjugales	5	**Consensus à 61.5%**
Isolement social et familial	4	Répartition **uniforme**, pas de consensus, **Rediscussion au 2e tour**
Antécédent de maltraitance dans la fratrie	5	**Prédominance des scores 4 (28.2%) et 5 (59%).** **Rediscussion au 2e tour**

COMMENTAIRES LIBRES

- *" Les troubles du comportement du bébé jusqu'au grand adolescent que vous avez décrits sont plutôt les conséquences des maltraitances plutôt que la cause. »*
- *« Les troubles psychopathologiques des parents sont souvent dus à des maltraitances sur ces parents pendant leur enfance avec une transmission transgénérationnelles des violences »*
- *« Concernant le niveau socioéconomique on sait que les maltraitances existent de la même manière chez les gens aisés mais sont mieux cachées »*
- *« Je dirais juste pour que les troubles psy chez les parents c'est surtout s'ils sont déséquilibrés et non pris en charge »*
- *" Facteurs liés aux parents = surmenage / burn out chez la maman »*
- *" Les troubles du comportement et de l'apprentissage, s'ils peuvent être cause de maltraitance peuvent en être la conséquence (souvent ignoré) »*
- *« Un peu difficile de hiérarchiser »*
- *« Pas simple de remplir ces facteurs de pondération ! »*
- *« Pour le sexe de l'enfant cela dépend de l'âge : j'ai le sentiment que le jeune garçon est plus vulnérable, tout comme la fille préado ou ado. Je ne savais pas comment pondérer : j'ai l'impression que ces deux critères sont intriqués »*
- *" Le sexe de l'enfant serait plus au moins corrélé au risque selon que l'on parle de sévices sexuels ou de maltraitance physique. »*
- *« La situation de séparation serait corrélée au risque de maltraitance si les raisons de la séparation étaient liées à de la violence dans la famille. »*
- *« Le faible statut socio-économique ou famille monoparentale entraineraient surtout de la « négligence » du fait de travail précaires cumulés, horaires subis, manque de temps…plus que de la maltraitance physique, selon mon expérience. »*
- *" il n'y a pas de FDR propre mais souvent un faisceau d'arguments »*
- *" Le fait d'être témoin de violences conjugales est une violence en soi. »*
- *" Il faudra en préambule qu'un score n'est qu'une indication qui n'a pas de valeur absolue. La maltraitance infantile touche tous les milieux sociaux parentaux et s'il est classique de se méfier du « cas social », il faut se montrer vigilant et ne pas rejeter un telle hypothèse de maltraitance sous prétexte que la famille ne semble pas présenter de facteurs de risque. »*
- *" Parmi les questions, il y a beaucoup de facteurs de confusion qu'il faudra je pense discuter. Par ailleurs, est ce que le handicap ou les troubles du développement par exemple sont des facteurs de risques à part entière ou des conséquences de violences antérieures qui n'ont pas été diagnostiquées : ce point sera aussi à discuter »*
- *« Les troubles du comportement peuvent être mis en lien avec un non attachement parent-enfant lié à un faible niveau éducatif »*
- *« C'est difficile de donner une valeur sans pouvoir apporter de nuances aux facteurs de risques. Tout n'est pas que chiffre, surtout quand il s'agit de traiter des facteurs « humains ». Bien sûr on peut établir un score. Et ensuite ? Que fait-on de ce score ? Repérer une situation à risque est le début d'un processus. Quels seront les préconisations à la suite du score ? »*
- *« Je n'ai pas compris l'item « présence d'un parent non biologique ». Le « parent non biologique » est le parent adoptif ? Ce ne peut être le beau-parent car, précisément, il n'est pas parent… Commentaire général : l'exercice est très difficile… »*
- *"Les facteurs de risque, lorsqu'ils sont associés, multiplient encore le risque de danger. Par ailleurs, en ce qui concerne la maltraitance, elle peut revêtir des formes différentes selon le sexe de l'enfant (une fille sera plus volontiers victime de violences sexuelles qu'un garçon) »*

- *« Attention, un seul facteur de risque ne produit pas forcément un risque de danger. Ces points sont aussi à nuancer selon la prise de conscience et mobilisation des parents de l'enfant dans la résolution des difficultés. »*
- *« Dans mon cadre professionnel, les situations sont singulières même si des facteurs de risque communs existent et il est difficile de remplir les pondérations car tout dépend de la mobilisation des familles. Nous essayons au quotidien d'être très prudents dans les évaluations car il n'y a pas de règles selon les profils. On parle souvent de situations de vulnérabilité* ».
- *« Sexe féminin > sexe masculin par rapport aux agressions sexuelles et viols. »*
- *« Je reste perplexe sur la notion de « faible statut socio-économique »*
- *« Veuillez consulter la loi de 14 mars 2016 – réforme de la protection de l'enfance. »*
- *« cyberpédopornographie intègre les aspects commerciaux que vous avez éliminés d'emblée »*
- *« Grossesse suite de viol, d'inceste »*
- *« + de garçons battus et + de filles violées »*
- *« Les troubles du comportement sont des conséquences »*
- *« Abus d'alcool, et consommation de drogues (illégal) »*

SYNTHESE DES RESULTATS DU 2ème TOUR DELPHI

Partie 1 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Garçon de 0-4 ans	3	Répartition uniforme, pas de consensus, **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« C'est dès le plus jeune âge que les enfants commencent à recevoir tapes, gifles, fessées et autres punitions corporelles, et c'est l'âge où cela les marque le plus fortement. Les garçons, par leur statut culturel y sont peut-être un peu plus exposés que les filles. »* - *« Vulnérabilité du bébé suivi des phases d'affirmation et d'opposition éprouvantes pour les parents narcissiquement fragiles »* - *« Chez le petit enfant, garçon ou fille le risque est le même »* - *« Période petite enfance + à risque de maltraitance. Pour l'item garçon, je n'ai pas notion de sur risque »* - *« Violences physiques »* - *« Je pense que le fdr est présent à tout âge »* - *« Surreprésentation du garçon dans le syndrome du bébé secoué (2/3 à 4/5) »* - *« Période éducative »* - *« La littérature évoque en effet que les garçons de ces âges sont plus à risque. »* - *« Les risques de violences physiques sont probablement plus fréquents chez le garçon à cet âge mais je pense que les risques de violences sexuelles sont plus fréquents chez les petites filles du même âge »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Fille de 10-18 ans	3	Répartition uniforme, pas de consensus, **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Les filles me semblent plus sujettes à la maltraitance à tout âge »* - *« Beaucoup plus de filles qu'on ne croit sont encore frappées à cet âge et peuvent subir d'autres sortes de violences (verbales, psychologiques, sexuelles…) »* - *« Puberté en entrée dans l'adolescence : phase de fragilisation pour l'enfant et de remaniements pour l'adulte »* - *« Avec la prévention faite au niveau de la scolarité, ce public a plus d'intervenants pour dénoncer la maltraitance dont elles pourraient être victime »* - *« Nombreuses violences sexuelles à l'adolescence »* - *« Violences sexuelles »* - *« Le risque abus sexuel me semble plus important avec l'adolescence, bien que de très jeunes enfants soient abusés. »* - *« Adolescence »* - *« Le risque existe certes mais il commence avant l'âge de 10 ans »* - *« Fort risque de violences sexuelles intra familiales mais également extrafamiliales »* - *« Adolescence – risque de violences sexuelles – mais ce facteur existe également pour le garçon (même si c'est moins fréquent ou/et moins visible) »* - *« Les risques de violences sexuelles sont certainement plus importants chez les filles que chez les garçons entre 10 et 18 ans bien que ces derniers soient également exposés »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Handicap mental	4	**Consensus à 64.9%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« On voit très peu d'enfant maltraité avec un handicap mental, la plupart du temps, ce sont des violences en centre entre enfants handicapés »* - *« Vulnérabilité accrue »* - *« Très fortement était sans doute exagéré (changement de 5 à 4) »* - *« Le problème du handicap : cause ou conséquences des maltraitances et négligences »* - *« Les parents ont moins de capacité pour être alerte sur les besoins primaires des enfants : Sommeil/ alimentation/ cadre éducatif sécure etc »*

	- *« Je change mon score pour correspondre à la majorité. Toutefois, la notion de handicap mental est large et les personnes peuvent tout à fait s'adapter avec un environnement soutenant »* - *« Le recueil du témoignage en justice de ce type de victime est difficile, c'est une « sécurité » pour les agresseurs. »* - *« Je reste sur ma position d'un risque fort : vulnérabilité importante de l'enfant et blessure parentale pouvant faciliter un passage à l'acte »* - *« Le handicap physique me semble plus susciter de la sollicitude de l'entourage que de la maltraitance, avec gratification des soins parentaux, contrairement au handicap mental, qui provoque du rejet et de l'isolement de la famille, par la société. »* - *« Ce handicap peut être un FDR et on y pense mais nous ne l'avons pas observé fréquemment »* - *« Le handicap mental peut mettre plus facilement les limites de l'entourage à l'épreuve et entrainer une maltraitance »* - *« La difficulté pour les parents de gérer des enfants présentant des troubles de la communication peut engendrer des violences à l'égard de ces enfants en effet. »* - *« Je pense que c'est un facteur de risque majeur »* - *« J'avais sous-estimé le risque en n'envisageant le handicap mental que comme cause et non comme possible conséquence des maltraitances, (exemple des bébés secoués et des conséquences neurologiques) »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Handicap Physique	3	**Consensus à 60%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Vulnérabilité accrue »* - *« Très fortement était sans doute exagéré (changement de 5 à 4) »* - *« Les parents sont souvent déjà accompagné par des intervenants. La prévention se fait déjà »* - *« Effectivement, peut-être moins de mise à distance avec quelqu'un qui a un tel handicap »* - *« Idem pour notion de handicap et la vulnérabilité mais risque moindre que mental (moins de troubles du comportement) »* - *« Le handicap physique me semble plus susciter de la sollicitude de l'entourage que de la maltraitance, avec gratification des soins parentaux, contrairement au handicap mental, qui provoque du rejet et de l'isolement de la famille, par la société. »* - *« Ce handicap peut être un FDR et on y pense mais nous ne l'avons pas observé fréquemment ».* - *« Je pense que le handicap physique sans handicap mental chez les enfants est lourd pour les parents mais en l'absence de*

	troubles de la communication, c'est pour moi un risque moindre. » - *« Je n'avais pas pris en considération le « poids » du handicap pour les parents et le risque de maltraitances induit. »* - *« Cette situation augmentent le risque de vulnérabilité »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Maladie chronique	2	Prédominance des scores 2 (48.6%) et 3 (40.5%). **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Fatigabilité du parent, alternance de surprotection et de rejet, angoisses de mort »* - *« Il faudrait que les 2 parents en soit porteur »* - *« Certaines maladies chroniques peuvent impacter la parentalité »* - *« Comme le handicap physique… attention aux violences verbales. Vulnérabilité de l'enfant »* - *« La maladie chronique rend plus vulnérable »* - *« Cet item intervient plutôt sur la dynamique du couple parental : rupture ou au contraire renforce le lien. Nous n'avons vu cette situation qu'exceptionnellement dans la maltraitance à enfant, sauf si on considère que l'enfant doit se sentir coupable s'il assiste aux disputes du couple et si celui-ci se sépare : il peut donc être en souffrance psychologique. »* - *« Je pense que le handicap physique sans handicap mental chez les enfants est lourd pour les parents mais en l'absence de troubles de la communication, c'est pour moi un risque moindre. Idem pour maladie chronique »* - *« Je n'avais pas pris en considération le « poids » du handicap pour les parents et le risque de maltraitances induit. Idem pour maladie chronique»* - *« Cette situation augmente le risque de vulnérabilité »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Prématurité (avant 37SA)	3	Répartition uniforme, pas de consensus, **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Culpabilité du parent, peurs d'une fragilité de l'enfant, déception enfant imaginaire/enfant réel : écart important, fantasme de mort »* - *« Effectivement tout dépend du seuil de la prématurité. Après un long*

	séjour en néonatologie, il y a quand même des risques. Entre 33 et 37 semaines, il y a moins de risque car souvent le lien peau à peau est préconisé pour créer une relation précoce » - *« Trouble du lien de l'attachement »* - *« Difficile de répondre car plus de troubles cognitifs et troubles du comportement + séparation à la naissance avec des problématiques d'attachement »* - *« Oui en cas de mère et couple très jeune, sans grand soutien de l'entourage. En fait cela va concerner plutôt des grands prématurés de moins de 34-35 SA hospitalisés et donc avec risque d'établir un lien mère-enfant correct »* - *« Avant 34 SA? cf réponse sur la séparation précoce parent- enfant : De mon point de vue la maltraitance est en partie une pathologie de l'attachement parent-enfant »* - *« Trouble de la relation parent-enfant mais non systématique. »* - *« Je n'avais pas suffisamment pris en compte la difficulté liée aux problématiques d'attachement. »* - *« Je n'avais pas tenu compte de la possibilité d'un lien mère enfant dégradé »* - *« Ces 3 dernières situations augmentent le risque de vulnérabilité »* - *« La prématurité peut rendre beaucoup plus difficile l'établissement du lien parent-enfant, l'enfant réel ne correspondant pas à l'enfant imaginé. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Un antécédent de maltraitance sur l'enfant	5	**Consensus à 78.4%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« C'est un facteur essentiel »* - *« 5 si problématique non traitée : cycle de répétition mortifère si non prise en charge »* - *« C'est souvent lié à un signe de maltraitance mais tout dépend de la prise en charge dont a bénéficié le parent pendant ces périodes de placement »* - *« Répétition »* - *« Les statistiques vont dans ce sens, il faut donc sans doute que le médecin soit d'autant plus vigilant s'il en a la connaissance. »* - *« J'ai dû faire une erreur d'appréciation car si ATCD sur l'enfant le risque de récidive est élevé ; problème dans le fonctionnement parental »* - *« Je suis d'accord d'augmenter mon FDR, mais en plus en l'élargissant à l'ensemble de l'entourage familial »* - *« Effectivement les violences ne se sont probablement arrêtées après une première suspicion. »* - *« La maltraitance s'inscrit dans un système maltraitant avec*

	souvent des transmissions transgénérationnelles il ne peut donc s'agir d'un acte isolé et le risque est donc majeur »

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Petit poids de naissance (inférieur à 2.5 Kg)	1	Prédominance des score 1 (54.3%) et 2 (28.6%). **Rediscussion au 3e tour.**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Un enfant de petit poids a des risques d'alimentation difficile reflux etc et donc violences+++ »* - *« Culpabilité du parent, peurs d'une fragilité de l'enfant, déception enfant imaginaire/enfant réel : écart important, fantasme de mort »* - *« Si le lien au départ est favorisé, les bébés de petits poids ne sont pas à risque »* - *« Les PAG (bébé petit pour son âge gestationnel) sont plus fréquents dans les contextes de précarité, d'addiction et donc plus souvent à nécessiter des soins de nursing plus important. »* - *« Sans nuance de poids (> à 2kg à terme ou en deçà?), c'est ifficile. Les enfants avec RCIU important impactant sur le PC sont à risque de difficultés cognitives. Même risque que la prématurité. »* - *« Même remarque que pour le prématuré et surtout si le PN est < 2 kg avec hospitalisation. Je baisse le score car cet item isolé n'est pas suffisant : il faut hospitalisation, pathologie, séparation mère- enfant»* - *« Plutôt à corréler avec la prématurité »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Troubles du comportement	4	**Consensus à 64.9%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Situation invivable, stress parental, déception, alternance protection et rejet parental, rejet des institutions scolaires… »* - *« Les parents sont souvent épuisés. Ils n'ont pas de mots et passent à l'acte car ils n'ont pas les bonnes réponses éducatives ni de professionnels pour les aider à décoder et les soulager »* - *« Cause ou conséquence ??? pour les TC c'est plutôt une conséquence de la maltraitance »* - *« Les troubles du comportement restent de mon point de vue un FDR important pour les parents ; s'ajuster en permanence est difficile. »* - *« Les troubles du comportement sont mal admis par la société,*

	avec un jugement négatif sur la famille, qui de plus s'épuise, si n'est pas aidée.:» - *« Je rejoins la majorité mais il faut que ce soit associé à d'autres FDR»* - *« Idem que pour le handicap mental, troubles de la communication et difficulté d'interprétation des parents sur les besoins de l'enfant (la difficulté pour les parents de gérer des enfants présentant des troubles de la communication peut engendrer des violences à l'égard de ces enfants en effet.) »* - *« Tous les troubles du comportement décrits en annexe sont pour moi des signes d'alertes très forts de maltraitances de toute sortes »* - *« Gérer des troubles du comportement nécessite une adaptation permanente, une vigilance de tous les instants et une empathie incroyable pour ne pas rendre l'enfant responsable de ses troubles. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Troubles des apprentissages	4	Répartition uniforme, pas de consensus. **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Situation invivable, stress parental, déception, alternance protection et rejet parental, rejet des institutions scolaires… »* - *« Encore une fois causes ou conséquences : je dirais conséquences et conséquences graves »* - *« Certains parents notamment dans les milieux aisés peuvent faire faire des devoirs ou stimuler les enfants outre mesure »* - *« Conflit scolaire, stigmatisation, augmentation du nombre de rdv médicaux »* - *« Cause ou conséquence ??? pour les TC c'est plutôt uns conséquence de la maltraitance »* - *« Peut effectivement déclencher davantage d'énervement et de maltraitance psychologique »* - *« À pondérer 3 ou 4 mais les vrais troubles des apprentissages font « handicap » et la violence verbale par méconnaissance est possible (flemmard, idiot...) »* - *« L'école est de plus en plus informée sur les troubles des apprentissages et est en appuis auprès des parents »* - *« Difficultés d'adaptation des parents aux besoins et difficultés des enfants »* - *« Les troubles des apprentissages bien souvent liés aux maltraitances mais pas exclusivement. En tous cas quand ils surviennent secondairement ce sont encore des signes*

	d'alerte très forts »

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Séparation précoce parent-enfant	4	Prédominance des scores 3 (40.5%) et 4 (45.9%). **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Ce n'est pas un risque de violence vraie mais plus de violences alléguées donc ce ne sont pas des violences »* - *« 2 si le parent reste seul »* - *« Quand le lien ne peut pas se créer de façon satisfaisante, grosse prématurité, placement précoce »* - *« Troubles b de l'attachement »* - *« Les troubles du lien sont un des FDR majeurs »* - *« De mon point de vue la maltraitance est en partie une pathologie de l'attachement parent-enfant »* - *« Troubles de l'attachement et troubles d'interprétation des besoins précoces de l'enfant »* - *« J'avais minoré, comme précédemment, les problématiques liées à l'attachement. »* - *« Les troubles de l'attachement parent enfant peuvent avoir une origine dans des antécédents de maltraitances chez l'un ou l'autre ou les 2 parents»* - *« Comme pour la prématurité, une séparation précoce rend difficile le processus d'attachement. Il me semble indispensable d'être vigilant à ce type de situation. »*

Partie 2 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Très jeune âge de la mère (moins de 19 ans)	3	Répartition uniforme, pas de consensus, **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Difficultés à développer de l'empathie lié à l'immaturité psychoaffective possible de la jeune mère »* - *« Les jeunes mères non accompagnées par des professionnelles ou entouré par une famille aimante peuvent devenir maltraitante soit par la fatigue, la solitude ou des carences éducatives déjà présentes à la base »* - *« À mon avis dépend beaucoup du contexte / soutien / plus de la majorité Maternité ≠ âge »* - *« D'autant si n'a pas le soutien de la famille (grands-parents) »*

	- *« Ces femmes méritent au minimum un suivi rapproché durant leur grossesse »* - *« Plutôt en rapport avec des carences propres de la mère pas toujours en lien avec son âge. »* - *« Comment devenir maman alors que l'on est à l'âge des fêtes et du plaisir insouciant ? Les deux me semblent si contradictoires qu'il faut être présent pour accompagner ce processus. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Faible statut socio-économique	3	**Consensus à 67.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Il ne faut pas confondre la violence touche tous les milieux et la violence a une fréquence identique dans tous les milieux »* - *« Niveau de stress important avec sécrétion d'hormones de stress réduisant l'empathie »* - *« Sans doute exagéré (changement de 4 à 3) »* - *« Le faible statut économique seul n'est pas un gros facteur de risque mais quand on le met en lien avec un faible niveau éducatif, cela devient un vrai facteur de risque »* - *« Accès système de soins »* - *« Les maltraitances existent dans tous les milieux »* - *« Risque davantage de négligences par manque de moyens peut- être ? »* - *« Un peu stigmatisant : c'est plus pour moi le niveau éducatif, de connaissance, de culture. »* - *« Je reste persuadée que ce n'est pas un facteur de risque en soi, pour côtoyer de la maltraitance dans tous les milieux »* - *« Ne favorise pas la remise en question des parents sur l'éducation des enfants et accentue le stress ressenti par les parents mais je pense que d'autres facteurs de stress d'origine sociales et culturelles interviennent dans les autres catégories socioéconomiques. »* - *« Les maltraitances existent dans tous les milieux mais probablement mieux dissimulés dans les milieux aisés et éduqués »* - *« Le manque d'argent est problématique parce qu'il prend toute la place dans la vie du parent qui n'a de cesse de trouver des solutions pour limiter les problèmes. De ce fait, il est moins disponible à son enfant. »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Faible niveau éducatif	3	**Consensus à 60%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Erreurs et incompréhension peuvent en effet être source de maltraitance involontaires mais parfois difficile à empêcher »* - *« Difficulté sur le plan des techniques de puériculture, manque de repères concrets »* - *« Le faible niveau éducatif est souvent à mettre en lien avec des carences éducatives vécu par les parents. Sans suivi approprié mis en place, le risque de maltraitance par négligence est très important »* - *« Je maintiens mes scores pour ces 3 items même si la maltraitance se voit aussi dans les autres milieux. »* - *« Difficulté de remises en question des parents concernant l'éducation mais d'autres compétences sont nécessaires. »* - *« Je pense que ma première réponse était plus faible car je voulais éviter les stigmatisations des populations à faible niveau éducatif et ne pas oublier que cela touche aussi les familles très éduquées »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Antécédent de violence dans l'enfance chez le parent	5	**Consensus à 67.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Si problématique non traitée : cycle de répétition mortifère si non prise en charge »* - *« Les parents reproduisent soient la même chose car la violence est une forme d'amour soient les enfants n'ont aucune limite éducative car ils ne veulent pas reproduire ce qu'ils ont vécu »* - *« Répétition »* - *« Facteur de risque réel ou système de défense. »* - *« Reproduit le mode éducatif vécu ? »* - *« La réitération des violences est souvent avancée par les auteurs. Troubles de l'apprentissage des émotions et des relations avec autrui et particulièrement les enfants. »* - *« Il est difficile de ne pas reproduire ce que l'on a soi-même vécu, à moins d'avoir suivi une thérapie, d'avoir rencontré d'autres modèles que les parents, d'avoir un conjoint solide sur lequel s'appuyer et qui va nous permettre de réfléchir autrement à ce que l'on veut offrir à ses enfants. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Troubles psychopathologique	4	Prédominance des score 4 (51.4%) et 5 (45.9%). **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Si ces troubles sont non traités : difficulté à identifier et à répondre aux besoins du nourrisson et du jeune enfant »* - *« L'enfant peut difficilement rester avec le parent porteur de ces troubles. Il faut prévoir l'organisation de la vie de l'enfant avec l'autre parent, des assistantes maternelles agrées etc »* - *« Troubles du lien »* - *« Très difficile pour ces parents de s'ajuster aux comportements des enfants »* - *« Troubles dans la compréhension des besoins des enfants sans parlerd'éventuellesnégligencessansviolencesdirectes.»* - *« La pathologie psychiatrique rend très difficile l'ajustement à l'enfant. Pour moi, c'est une situation à très haut risque. »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Abus d'alcool ou consommation de drogues	5	**Consensus à 86.5%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Absence de disponibilité psychique »* - *« L'alcool et les drogues altèrent le discernement du ou des parents. Ils ne répondent plus au besoin primaire de l'enfant »* - *« Jugement altéré »* - *« En effet, tout jugement et affect est altéré »* - *« Troubles dans la compréhension des besoins des enfants sans parlerd'éventuellesnégligencessansviolencesdirectes.»* - *« L'alcool et les drogues favorisant les passages à l'acte maltraitant chez des personnes déjà vulnérables »* - *« Unprofild'addictionmetforcémentl'enfantaudeuxièmeplan. Il n'y a aucune adaptation du parent à son enfant. »*

Partie 3 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille monoparentale	2	**Consensus à 67.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Je passe à deux car les familles monoparentales sont souvent de niveau économique faible donc c'est un mixte, mais stricto sensu la famille monoparentale n'est pour moi pas un FR »* - *« Facteur de risque si pas d'environnement compensateur »* - *« Si la mono parentalité est bien assumé par le parent, le facteur de risque s'atténue»* - *« Parent isolé facteur de risque pour les nourrissons »* - *« En effet, difficulté accrue dans la gestion du quotidien, en terme de pose des limites, pas de tiers »* - *« Difficultés de gestion du quotidien »* - *« Dans une famille monoparentale, aucun relais n'est possible. La relation avec l'enfant devient duelle, permanente au point de devenir paroxystique parfois. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille	2	Prédominance des scores 2 (51.4%) et 3 (29.7%). **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Cela peut même être une chance de réorganisation familiale »* - *« Cela pose peu de problème si on enlève les facteurs de risques rédhibitoire »* - *« Plutôt soutien ? (Vécu perso ?) »* - *« Je ne sais si c'est un biais de déclaration mais beaucoup de faits de maltraitance que j'ai pu entendre rapporter étaient le fait du « beau-père » ou de la « belle-mère » »* - *« En fonction de l'âge de l'enfant l'implication des beaux-parents n'est pas identique. Par ailleurs, il peut exister un certain manque d'investissement « émotionnel » des beaux-parents. »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	Prédominance des scores 1 (37.8%) et 2 (48.6%). **Rediscussion au 3e tour**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Pas de signe spécifique »* - *« Cela pose peu de problème si on enlève les facteurs de risques rédhibitoire »* - *« Une famille nombreuse multiplie forcément les problèmes puisqu'elle est composée de plusieurs individus »* - *« Honnêtement je ne sais pas pourquoi j'avais mis 3 »* - *« Question difficile et pour moi pas un critère qui permet de se rassurer quant à l'absence de maltraitance. »*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Conflit de couple, séparation, divorce	4	**Consensus à 70.3%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« 3 si conflit 5 si violence »* - *« Il est rare que cela se passe bien et les enfants sont souvent l'enjeu de la séparation »* - *« Conflit, violences situations tensions »* - *« Si l'on considère la période de conflit précédant et suivant, mais pas à mon avis sur le long terme. »* - *« Une situation de séparation est toujours compliquée à vivre pour une famille. Elle peut entraîner dénuement, isolement, absence de relais. »* - *« Peut-être cause de violence conjugale »* - *« Utilisation de l'enfant en cas de séparation. Rejet de la frustration sur l'enfant »* - *« Étant moi-même dans cette situation, je pense que je n'ai pas été objective dans ma première réponse »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Isolement social et familial	4	**Consensus à 73.0%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Charge mentale et physique »* - *« L'isolement familial ne permet pas pour les parents d'avoir des relais »* - *« Pour une famille, l'isolement est la pire des choses qui puisse survenir puisqu'il ne permet pas l'altérité, la confrontation et l'équilibre. »* - *« Ok pour baisser à 4 mais ce FDR est pourtant très important »* - *« Difficultés pour prendre du recul et se ressourcer. »* - *« L'isolement progressif social et familial étant la conséquence du système maltraitant et à ce titre un signe d'alerte très Important »*

FDR	Réponse médiane du grouped'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Antécédent de violence dans la fratrie	5	**Consensus à 86.5%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *« Peut-être un indicateur de violences dans le couple »* - *« Le parent ou les parents ont souvent des difficultés à cheminer avec un autre mode éducatif »* - *« La violence, quand elle est inscrite dans une famille, a du mal à ne pas se reproduire »* - *« Je rejoins la majorité »* - *« Suspicion jusqu'à « preuve » du contraire. L'enfant est de toutes façons probablement victime du fait de voir les violences sur le frère /sœur. »*

COMMENTAIRES LIBRES

- *« Difficile de faire la part des choses entre FDR enfant (séparation précoce des parents, et FDR famille (conflit, divorce…). Il y a par contre une grande différence entre séparations des parents et violences conjugales… à condition de poser la question des violences systématiquement ».*
- *« Je viens de jeter un coup d'œil sur les annexes, c'est dommage qu'il y ait les solutions selon l'OMS au questionnaire ex âge de l'enfant (violences sexuelles fille de moins de … violences physiques garçon) Les enfants issus de ménage à faible statut socioéconomique sont davantage exposés au risque de maltraitance ».*
- *« Il ne faudrait pas que les répondeurs le fassent en fonction de ce qu'ils ont lu ».*
- *« Si je peux me permettre, j'aurais détaillé les périodes de prématurité car les risques sont différents si le bébé passe par un long séjour en néonatalité ou par un court séjour naissance (supérieur à 34 SA) ».*
- *« Je maintiens mes commentaires du 1 er tour. On ne peut rejeter de principe une situation de maltraitance sans FDR. Mais ceux-ci imposent d'être encore plus vigilant ».*

NOUVEAUX FDR

- *« Origine > en effet concernant les mutilations sexuelles féminines (excisions, etc…) et les mariages forcés de mineures, c'est uniquement dans certains pays ».*
- *« Radicalisation des parents ».*
- *« J'ajouterais volontiers : parents originaires de régions du monde où le niveau de la violence éducative ordinaire est encore au niveau qu'elle atteignait en France aux XVIIIe et XIXe siècles. De même qu'en France à ces époques, la violence sur les enfants n'est pas ressentie par les parents comme de la maltraitance. C'est simplement la façon coutumière d'élever les enfants (coups de bâton, de ceinture, poivre dans les yeux, pâte de piment dans la bouche ou d'autres orifices). Mais les effets sur le corps et le psychisme des enfants n'en sont pas moins considérables. Il est donc nécessaire de le leur signaler et de les informer de la loi qui, depuis l'an dernier, interdit ce genre de punition. Tout en étant conscient que ces parents peuvent être, par ailleurs, de bons parents, très affectueux. »*
- *« Violences conjugales »*
- *« Adoption, PMA parcours infertilité, enfants futurs parents issus Aide sociale à l'enfance »*
- *« Non désir d'enfant, déclaration tardive de grossesse, grossesse non suivie, violences conjugales pendant la grossesse et repérées dès la maternité, parent ayant vécu lui-même pendant l'enfance un abandon (situation de placement par exemple) ou un délaissement ».*
- *« Grossesse gémellaire/ grossesse rapprochée ».*
- *« Comportement violent même verbalement d'un des parents ».*
- *« Les antécédents familiaux de maltraitances (parents, grands-parents, oncles et tantes) ».*

SYNTHESE DES RESULTATS DU 3ème TOUR DELPHI

Ce 3ème tour a donné lieu à un consensus pour tous les FDR.

Partie 1 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A L'ENFANT**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Maladie chronique de l'enfant	2	**Consensus à 66.7%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *"probablement surestimé car entremêlé avec les situations de handicap."* - *"facteur de risque à corréler avec handicap physique ou mental mais un peu moindre – tout dépend également sans doute du type de maladie chronique"* - *"S'il n'y a pas d'autres risques associés, pour la maladie chronique de l'enfant, le suivi médical déjà en place permet une écoute bienveillante qui est rassurante pour les parents'* - *"Épuisement familial"* - *"La maladie chronique modifie le lien enfant parent / prédispose au medical child abuse et à une distorsion du comportement parental"* - *"Je donne donc 2 sinon j'aurai maintenu 1. D'une part je n'ai pas beaucoup vu d'enfants ayant une maladie chronique parmi les centaines d'enfants maltraités vus à l'hôpital pendant mon exercice professionnel. D'autre part je me suis aussi occupé d'enfants ayant une maladie chronique et je n'ai pas beaucoup vu ou en tout cas rarement des enfants maltraités. En cas de maladie chronique, soit le couple parental se renforce pour aider leur enfant, surtout s'il s'agit d'une maladie génétique car il se sent coupable, soit le couple explose parce que, le plus souvent le père va se sentir négligé par son épouse qui est accaparée par les besoins de son enfant."* - *"Le suivi de ces parents est souvent important et il n'existe pas de troubles de la communication avec l'enfant."* - *"La chronicité, avec l'usure que cela entraine me parait vraiment comme un facteur de risque important appelant à la vigilance des professionnels."* - *"en y réfléchissant bien je n'ai pas vu de situations de maltraitances dans ce cas mais plutôt des problèmes de couple (séparation)"* - *"tout dépend de ce que vous entendez par maladie chronique, ce n'est pas pareil s'il s'agit d'une psychose ou d'un diabète…Il me semble qu'il faudrait affiner cet item pour obtenir un consensus. Certains facteurs de risques sont la conséquence des maltraitances…"* - *"plus d'angoisse et de stress chez les parents et si mal entouré peut créer de la maltraitance"* - *"Je persiste à penser que le risque est plus faible compte tenu du fait qu'un enfant malade est en général suivi médicalement."*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Prématurité (avant 37SA) avec hospitalisation du nouveau-né	3	**Consensus à 73.5%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *"hospitalisation = risque de troubles de l'attachement, cause d'anxiété, risque de dépression post-partum etc."* - *"facteur de risque à corréler avec handicap physique ou mental mais un peu moindre – tout dépend également sans doute du type de maladie chronique"* - *"Lors de l'hospitalisation d'un nouveau-né, le lien précoce mère /enfant est difficile car les mères ne se sentent pas suffisamment « bonne mère » Dans la plupart des cas, l'enfant réel ne représente pas l'enfant rêvé"* - *"rupture du lien +++"* - *"en fait tout dépend de l'importance de la prématurité et de la durée de l'hospitalisation. Le risque concerne surtout le grand prématuré de moins de 34 semaines ; entre 35 et 37, la pathologie est moins grave et moins durable. Donc je nuancerai en fonction du terme et uniquement en cas d'hospitalisation : 2 entre 35 et 37 SA ; 3 en dessous de 35 et peut-être 4 en-dessous de 32 SA ; donc 3 pour la moyenne"* - "*Peut occasionner/majorer/révéler des troubles de l'attachement chez le parent"* - *"tout dépend de la mobilisation des parents lors de l'hospitalisation. Qu'est-ce qui est mis en place pour créer le lien, l'attachement ? quel accompagnement psychologique avant et après l'hospitalisation ?"* - *"problèmes d'attachement majorés."* - *"Je descends à 3, mais je reste persuadé que la prématurité est un FDR important : Surreprésentation chez les enfants placés, conséquence fréquente des violences conjugales…"* - *"Difficulté attachement du fait de la séparation"* - *"peut avoir créer un trouble de l'attachement alors que début de vie primordial pour le lien parent enfant"* - *"Je me range à l'avis majoritaire compte tenu de la difficulté dans ces circonstances de la formation du lien parents-enfant."* - *"l'hospitalisation peut nuire au lien d'attachement"*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Petit poids de naissance isolé (inférieur à 2.5 Kg)	1	**Consensus à 76.5%**

Justifications ou	- « *Un petit poids de naissance seul sans facteur associé est très faiblement lié à un risque de maltraitance* »

commentaires des experts :	- *"facteurs de confusion probable avec les FR tel que tabagisme âge maternel … mais le petit poids de naissance conduit à une séparation possible, une adaptation parentale et une plus grande vulnérabilité"* - *"OK pour 1 mais avec des nuances selon le terme idem que l'item précédent, mais presque à l'inverse, à savoir qu'un RCIU isolé et harmonieux à terme verra sa croissance plus difficile à revenir vers la moyenne contrairement à un RCIU qui est aussi prématuré. De plus cela dépend si le RCIU est homogène, poids, taille, PC ou ne touche que le poids. Il faudrait aussi rajouter la cause du RCIU, par exemple s'il est dû à l'alcool, tabac ou autres toxiques, le risque serait alors plus important car cela touche directement la personnalité de la mère…mais on n'a pas toujours cet élément, la consommation d'alcool ou de tabac n'étant pas toujours reconnue"* - *"angoisses de mort pour l'enfant pouvant engendrer des interactions dysfonctionnelles"* - *"je me conforme à l'avis majoritaire"* - *"si isolé, pas d'hospitalisation longue."* - *"Reste la conséquence très fréquente de comportements inadaptés pendant la grossesse."* - *"je mets 1 si ce facteur est isolé"* - *"si lien bon entre parents et enfant risque faible selon moi"* - *"Je maintiens ma réponse qui correspond à l'opinion majoritaire"*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Troubles des apprentissages	4	**Consensus à 67.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- "*Les trouble de l'apprentissage peuvent être lié fortement à de la maltraitance verbale, une multiplication de rendez-vous médicaux et le regard de l'autre face à la difficulté de ses enfants qui ont facilement l'étiquette d'enfant mal éduqué donc les parents impuissants luttent, se fâchent et agressent verbalement leur enfant car les diagnostics sont trop tardifs"* - "*cause ou conséquence ? probablement conséquences des négligences et d'une absence de réponse aux besoins fondamentaux"* - "*A vrai dire je ne sais pas trop ; tout dépend de la cause de ces troubles."* - *"peut occasionner stress et déception chez le parent à l'origine un passage à l'acte"* - *"tout dépend de la mobilisation des parents et des suivis en place aussi je préfère 3 à 4"* - *"Difficulté des parents au quotidien qui peut augmenter le risque de violences mais "4" me parait excessif (moins pondéré que d'autres facteurs de risque). De plus, l'école inclusive permet des adaptations pédagogiques qui facilitent la prise en charge et la progression de ces élèves et soutient mieux les parents qu'avant"*

	- *“difficulté, regard des autres”* - *“parents démunis par les capacités de leur enfant voir de leur propre capacité à gérer leur enfant. Deuil parental de l'enfant parfait.”* - *“Cause, conséquence… tellement liés, avec le bénéfice secondaire attendu souvent de la part des parents”* - *“c’est pour moi un signe fort de risque de maltraitance en tant que conséquence des maltraitances : repérable à l’école par les professeurs et alertant si surviennent chez un enfant qui n’avait pas de problème auparavant “* - *“certes facteur de risque possible, mais les troubles des apprentissages sont de mieux en mieux identifiés et expliqués aux parents”* - *“difficile de savoir si cause ou conséquence mais en tout cas peut générer angoisse et déception chez les parents”* - *“Le risque d’énervement et de déception que peuvent causer ces troubles me semble finalement justifier le point de vue majoritaire.”*

FDR	Réponse médiane du groupe d’expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Séparation précoce parent-enfant (en dehors de la prématurité, hospitalisation néo-natal ou parentale, dépression du post-partum)	4	**Consensus à 61.8%**

Justifications ou commentaires des experts :	- “*risque de pathologie du lien, troubles de l’attachement”* - *“Si l’enfant est séparé précocement de son parent en dehors de la prématurité, il y a un trouble de l’attachement et une impossibilité de prendre en charge les besoins primaires de ses enfants”* - *“rupture du lien”* - *“C’est forcément un risque de trouble de l’attachement”* - *“Si cette séparation est vécue comme un arrachement”* - *“impact sur l’attachement entre parents et enfant (s’il n’y a plus de lien). Par contre je répondrai 3 si la séparation est accompagnée avec des visites et un maintien des liens réguliers entre les parents et l’enfant”* - *“conjugopathie, isolement en période difficile dans l’éducation”* - *“troubles de l'attachement.”* - *“Troubles de l’attachement, essentiel. En plus, manipulation de l’enfant objet, y compris par l’extérieur (fameux conflit de loyauté bien utile pour asservir l’enfant !)”* - *“importance majeure du lien mère enfant précoce et de bonne qualité”* - *“il y a des séparations ordonnées par les tribunaux pour enfants qui sont protectrices (placement) mais qui ne règlent pas forcément les difficultés*

	parentales. Il y a trop de médecins qui ignorent le parcours de l'enfant en protection de l'enfance ou qui s'appuient sur les informations des travailleurs sociaux qui les accompagnent en consultation, ou leurs parents alors qu'ils font l'objet d'un placement judiciaire." - *"si on considère 3 pour prématurité et séparation, je ne mettrai pas plus de 3 ici"* - *"Dépend beaucoup de la manière dont la séparation se passe, si les liens entre les 2 parents sont constructifs"* - *"idem peut créer trouble de l'attachement"* - *"La séparation précoce rendant difficile la formation du lien parents-enfant me semble justifier le point de vue majoritaire"*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Garçon de 0-4 ans	3	**Consensus à 64.7%**

Justifications ou commentaires des experts :	- "*pour ce facteur, comme pour celui qui suit, j'ai du mal, sauf à recourir aux stéréotypes : petit garçon plus turbulent / jeune fille plus sexualisée"* - "*Garçon ou fille, le résultat serait le même. Le risque est lié aux différentes phases de développement du jeune enfant ainsi que des différentes cultures"* - *"Attendus asociaux différents avec les garçons"* - *"C'est particulièrement vrai pour les maltraitances physiques vues à l'hôpital ; au-delà de 4 ans, l'enfant est certes battu, giflé etc… avec un moindre risque de séquelle physique mais largement autant de séquelles psychologiques"* - *"période de vulnérabilité puis période oppositionnelle"* - *"plus intrépide"* - *"difficulté de prise en charge d'un enfant dont les besoins et les moyens de communication ne sont pas compris par l'adulte. Pas forcément de différence avec les filles en dehors de l'aspect éventuellement culturel du comportement attendu pour les garçons."* - *"rôle important à cet âge chez le petit garçon de l'opposition et de l'agitation induisant de la violence physique"* - *"risque idem fille ou garçon selon moi, peut être dépendant du sexe des autres enfants de la fratrie, ou du souhait/désir d'un sexe ou l'autre durant la grossesse (déception)"* - *"Je choisis l'option 3 puisque mon choix initial est exclu, mais je maintiens qu'entre 0 et 4ans les fessées et gifles que subissent les enfants, garçons ou filles, sont déjà des formes de maltraitance non reconnues dans l'état actuel de l'opinion."*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Fille de 10-18 ans	3	**Consensus à 60.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- « *Pour ce facteur, comme pour celui qui suit, j'ai du mal, sauf à recourir aux stéréotypes : petit garçon plus turbulent / jeune fille plus sexualisée* » - « *Les filles comme les garçons peuvent subir de la maltraitance qu'elles soient physique ou sexuelle. La période de la préadolescence comme l'adolescence est une période difficile pour les parents car s'ils sont fragiles, l'adultes répond par des coups ou des brimades"* - *"Risques accrus des Violences sexuelles +++ et violences psychologiques"* - *"un ado ou une ado peut se faire battre aussi mais sans véritable séquelle physique ; les séquelles psy sont bien sûr présentes. A cet âge le risque de maltraitance sexuelle est plus important, notamment pour la fille avec la question récurrente du consentement ou non, surtout pour les moins de 15 ans ; dire qu'il y a eu consentement est une hérésie absolue et nier le développement psycho-sexuel normal d'un enfant."* - *"crise d'adolescence"* - *"risque de violences sexuelles"* - *"je ne suis pas d'accord encore une fois tous les âges sont à risque"* - *"c'est l'âge de la construction, du développement de la sexualité, et donc sans doute plus fragile + au vue de la puberté peut être plus de risque de violences sexuelles"* - *"J'espère que mon premier choix est justifié, mais sans certitude."*

Partie 2 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES AUX PARENTS**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Très jeune âge de la mère non accompagnée (moins de 19 ans)	3	**Consensus à 67.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *"plus de risque si mère non accompagnée qu'avec un entourage soutenant et bienveillant"* - *" Si la jeune mère n'est pas accompagnée que cela soit par sa famille, ou des professionnels de santé, cela majore le risque de maltraitance car elle n'a personne pour passer le relais ou décoder les besoins de son enfant. La fatigue « plus plus » n'aide pas à établir une relation sereine avec son nouveau-né. Le travail de séparation psychique ne se met pas en place et c'est un véritable risque pour l'enfant en devenir"* - *"lien entre sexualité précoce grossesse précoce et pathologie carentielle et violences"*

	- *"je maintiens 4 si la mère est non accompagnée. Comment peut-elle être soutenue si elle n'a personne sur qui s'appuyer"* - *"le très jeune âge de la mère n'était pas pour moi un facteur de risque en soi (beaucoup de jeunes mères accompagnées même mineures et réceptives aux conseils) mais si seules et non entourées, me paraît un facteur de risque important pour un nourrisson."* - *"je me conforme à la majorité pour fixer le score"* - *"immaturité, pas préparée à autant d'attention"* - *"manque de soutien quant aux besoins d'un enfant et absence d'appréhension de la vie de mère."* - *"C'est moins le très jeune âge (des mères de 30 ans et plus peuvent être moins pertinentes…) que l'association avec le « non accompagnée », peu de ressources financières et humaines…"* - *"cela veut-il dire mère isolée (pas de père identifié de son enfant ?), ou mère mineure qui vient consulter seule le médecin ?"* - *"plus de risque d'immaturité, prises décisionnelles, lourde responsabilité pour elle engendrant du stress et peut être des phases de rejet quand difficultés"* - *"En l'absence de tout accompagnement, le risque me paraît très important."*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Troubles psychopathologique	4	**Consensus à 64.7%**

Justifications ou commentaires des experts :	- *"Même si les troubles sont traités, l'imprévisibilité des demandes de l'enfant mettent à mal les parents, ce qui ne leur permet pas de répondre au besoin de l'enfant surtout si les 2 parents en sont porteurs"* - *"les troubles psy constituent un ACE notable"* - *"tout dépend quelle est la cause de ces troubles ; 4 ou 5"* - *"tout dépend si ces troubles sont pris en charge et comment les parents se mobilisent vis-à-vis de leurs enfants. Est-ce que les 2 parents connaissent des troubles psychopathologiques ? comment l'autre parent se positionne ?"* - *"difficultés"* - *"violences psychologiques"* - *"4 ou 5 ne change pas grand-chose quand on est devant la situation, malheureusement fréquente, de ces troubles et de ce que vivent les enfants de manière constante."* - *"les troubles psychopathologiques des parents peuvent être la conséquence de maltraitances qu'ils auraient subies et qu'ils reproduisent dans une transmission trans-générationnelle"* - *"je pense toujours que le fait d'avoir un trouble psychopathologique est un FDR de ne pas s'ajuster au comportement de l'enfant et du coup d'avoir*

	des passages à l'acte verbaux ou physiques plus facilement. Il reste pour ma part un FDR très important." - *"surtout si ces troubles ne sont pas équilibrés et pris en charge, lourde responsabilité alors que fragilité de base chez le parent. Si seulement un des 2 parents peut être ré équilibré mais toujours plus fragile"* - *"Le risque de maltraitance par violence physique, verbale ou psychologique ou par carence de soins me paraît justifier la note correspondant à un danger maximal."*

Partie 3 du questionnaire : **FACTEURS DE RISQUE LIES A LA FAMILLE**

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille recomposée : Présence d'une belle-famille	2	**Consensus à 70.6%**

Justifications ou commentaires des experts :	- "*Cet item pris seul s'il n'est pas associé à d'autres ne majore pas le risque de maltraitance"* - "*d'accord pour baisser mon score car il s'agit de situations qui deviennent presque banales"* - *"quels liens entre la belle-famille et l'enfant ? est-elle soutien du parent ? quelle relation avec l'autre parent (si conflit, attention) ?"* - *"acceptation difficile"* - *"La vie dans une famille recomposée peut être compliquée sans être forcément maltraitante."* - *"après réflexion, ce critère parait plus une crainte à priori, qu'une réalité observée"* - *"Peut-être ajouter un facteur temps (au moins sur les 2 ou 3 premières années, le temps que les conflits inhérents s'apaisent) ; ce peut-être aussi un ressentiment de la part de l'enfant ???"* - *"investissement affectif notamment peut être déséquilibré entre les enfants et peut être la cause ou conséquence de violences"* - *"Il est possible que notre vote, y compris le mien, aient été influencés par le désir de ne pas stigmatiser des situations de plus en plus fréquentes, mais le risque d'abus physiques ou sexuels ne me paraît quand même pas négligeable, d'où mon changement de point de vue."*

FDR	Réponse médiane du groupe d'expert	Consensus / FDR à rediscuter au 3e tour
Famille nombreuse (fratrie de 3 minimum)	2	**Consensus accordé avec score final à 1** score 2 à 56% - score 1 à 41%

Justifications ou commentaires des experts :	- "*Même si ce n'est pas toujours facile d'avoir 3 enfants en charge au niveau de la fatigue, ce critère à lui seul ne majore pas le risque de maltraitance"* - *"tout dépend de l'implication du père pour aider la famille au quotidien"* - *"difficulté de gérer les différents enfants et les différences entre les enfants."* - *"Ce n'est vraiment pas le facteur de risque le plus important, ou dans les cas de familles très nombreuses, ou si cela sous-tend un problème de violence conjugale."* - *"me semblerait au contraire être protecteur"* - *"si bon équilibre, chacun peut trouver sa place, même si fatigue parentale forcément plus importante"* - *"Je pense avoir voté 3 en pensant à l'exaspération possible des parents, mais ma position de 6e d'une famille nombreuse plutôt choyé me fait rejoindre le point de vue majoritaire."*

<u>COMMENTAIRES LIBRES</u>

- *"Il a été difficile de répondre à la question. Garçon âgé de 0 à 4 ans et filles de 10 à 18 ans car à chaque âge que cela soit garçon ou fille, il existe des risques de maltraitance en fonction de l'univers familial et de la culture."*
- *"Je crois l'avoir déjà dit ; établir un score est une indication mais ne peut constituer une valeur certaine. La maltraitance existe dans tous les milieux. Elle peut prendre des formes plus sournoises ou plus difficiles à identifier selon le milieu familial, plus ou moins favorisé financièrement, intellectuellement ou culturellement. L'IMPORTANT est de toujours penser à une éventuelle maltraitance et de la mettre dans les hypothèses diagnostiques ; ce score pourrait permettre de la faire changer de position dans l'ordre des hypothèses, mais il ne s'agira que d'une indication. »*

- *« Le médecin traitant, s'il connait bien la famille, peut repérer un éventuel dysfonctionnement familial mais sa place est loin d'être aisée car son jugement peut perdre en objectivité, d'où l'aide qu'il pourrait recevoir de collègues ou autres professionnels non impliqués dans la famille. Il ne faut pas qu'il juge une CRIP comme un organisme administratif de plus qui aboutira forcément à un signalement mais comme structure de professionnels réellement là pour l'aider. La place d'une structure d'aide hospitalière, indépendante, constitue un plus et peut le rassurer de peur de faire un signalement inapproprié. Parler entre confrères constitue un plus, raison pour laquelle on a créé ce type d'unité hospitalière."*

- *"Beaucoup de questionnements autour du contexte de vie même si les FDR ont été bien approfondis, il est difficile de se prononcer de façon sûre car les situations peuvent être très différentes selon la mobilisation des parents et les liens entre parents et enfants."*
- *"Il me parait nécessaire de reprendre totalement toute la formation des professionnels de santé sur cette thématique, sinon ces facteurs de risque ne seront que des éléments à intégrer en plus du reste, et facilement oubliés. Mais merci pour ce travail !"*
- *"j'ai du mal avec cette méthode qui nous contraint à tempérer nos avis pour arriver à un consensus qui n'est pas gage de meilleure solution..."*

- *« Dans une étude que nous venons de faire sur 100 cas et qui va être publiée concernant le syndrome du bébé secoué nous avons constaté, lorsque l'assistante maternelle est auteur, que les premiers signes de violence intervenaient dans ¼ des cas la première semaine de garde et dans plus de la moitié des cas le premier mois. (j'insiste sur le fait que ceci ne concerne que quelques assistantes maternelles et non les milliers d'autres assistantes maternelles qui prennent en charge très bien les enfants !). Enfin, quel que soit l'auteur, nous avons constaté que la violence survenait toujours au sein d'un domicile et non en crèche, dans la rue, au square et en présence d'un seul adulte."*
- *"La question des antécédents me semble fondamentale ».*
- *« La question du comportement de l'enfant durant la consultation chez le médecin autre que troubles du comportement, collage, refus de partir par exemple."*

<u>NOUVEAUX FDR</u>

- *"Avec ce qui est actuellement vécu et le confinement, il est évident que celui-ci constitue un FR ; avoir tout le temps les enfants sur le dos, sans avoir la possibilité de s'évader pour souffler est une expérience difficile pour tout le monde"*
- *"Pathologies addictives chez les parents"*
- *"Histoire de maltraitances dans l'enfance du parent"*
- *"Problématique de l'adoption"*
- *"le confinement à domicile prolongé !"*
- *« Pour un bébé :*
    - *<u>Récence</u> du changement de mode de garde quand la mère reprend le travail et que l'enfant est gardé alors par une assistante maternelle ou par le père seul ou par le nouveau compagnon de la mère.*
    - *<u>Être gardé par une personne seule au sein d'un domicile</u> par comparaison à des modes de garde collectifs type crèche. »*
- *« Les conduites addictives chez l'un ou les deux parents »*
- *« Les conditions socio-économiques difficiles (chômage, précarité financière) »*
- *« Antécédents de placement dans l'histoire des parents (cela constitue pour moi un facteur de risque qui doit conduire les professionnels à être plus vigilants) »*
- *« Enfant issu de fratrie complexe, issue de mère ayant eu une succession de grossesses avec une succession de partenaires. »*
- *« Parcours de placement des enfants ou d'un enfant de la fratrie avec (retrait/retour au domicile, suivi de retrait/retour au domicile »*
- *"Antécédents de condamnation pénale du père ou de la mère pour violence physique ou sexuelle sur l'un ou l'autre des enfants (famille recomposée ou pas) "*
- *"Multiples consultations médicales avec multiples médecins"*

ANNEXE 8 : COMPTE-RENDU DES CONFRONTATIONS DES DONNEES DES 3 RONDES

	Confrontation des données n°1

IDENTIFICATION DE L'ETUDE

TITRE :

Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode Delphi

Travaux de MOUZALI Oumeyma, interne en médecine générale

Les données ont été saisies doublement sur fichier Excel par :

- **Fichier 1 :** Oumeyma MOUZALI (interne en médecine générale) en date du 15/12/2019
- **Fichier 2 :** Alexandre REY (attaché de recherche clinique) en date du 18/12/2019

La confrontation des données a été faite par Tarek ITTOBANE (attaché de recherche clinique) à Grenoble, le 20/12/2019.

La confrontation a été réalisée pour la saisie de l'ensemble des facteurs de risques identifiés dans cette thèse, soit au total 27 facteurs de risques cotés par 39 participants, ce qui représente un total de 1053 variables.

RESULTATS DE LA CONFRONTATION :

Erreur dans 3 des 1053 champs (0.28%) :

	Fichier 1	**Fichier 2**	**Variable juste (vérifié dans les données sources)**
Facteur de risque lié au parent : participant n°108, variable « faible statut socioéconomique » noté « SCE »	**3**	**1**	**3**
Facteur de risque lié à l'enfant : participant n°112, variable « maladie chronique » noté « MCh »	**3**	**2**	**3**
Facteur de risque lié à l'enfant : participant n°112, variable « trouble du comportement » noté « tb cp »	**5**	**3**	**5**

Les corrections ont bien été apportées au fichier final.

	Confrontation des données n°2

IDENTIFICATION DE L'ETUDE

TITRE :

Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode Delphi

Travaux de MOUZALI Oumeyma, interne en médecine générale

Les données ont été saisies doublement sur fichier Excel par :

- **Fichier 1 :** Oumeyma MOUZALI (interne en médecine générale) en date du 10/02/2020
- **Fichier 2 :** Alexandre REY (attaché de recherche clinique) en date du 13/02/2020

La confrontation des données a été faite par Tarek ITTOBANE (attaché de recherche clinique) à Grenoble, le 05/03/2020.

La confrontation a été réalisée pour la saisie de l'ensemble des facteurs de risques n'ayant pas fait l'objet d'un consensus de cotation au 1er tour Delphi, soit au total 23 facteurs de risques cotés par 37 participants, ce qui représente un total de 897 variables.

RESULTATS DE LA CONFRONTATION :

Erreur dans 7 des 897 champs (0.78%) :

	Fichier 1	**Fichier 2**	**Variable juste (vérifié dans les données sources)**
Facteur de risque lié à la famille : participant n°103, variable « isolement social et familial » noté « isolement S et F»	3	4	**3**
Facteur de risque lié à l'enfant : participant n°208, variable « fille de 10 à 18 ans » noté « F 10-18 »	Donnée manquante	4	**Donnée manquante**

Facteur de risque lié à la famille : participant n°308, variable « famille monoparentale » noté «monop »	2	4	**2**
Facteur de risque lié à la famille : participant n°308, variable « famille recomposé» noté « recomp »	2	4	**2**
Facteur de risque lié à la famille : participant n°308, variable « famille nombreuse » noté « nomb »	3	2	**3**
Facteur de risque lié à l'enfant : participant n°314, variable « garçon de 0 à 4 ans » noté « G 0-4a»	5	NC (Non Communiqué)	**NC**
Facteur de risque lié à l'enfant : participant n°314, variable « fille de 10 à 18 ans » noté « F10-18 »	5	NC	**NC**

Les corrections ont bien été apportées au fichier final.

	Confrontation des données n°3

IDENTIFICATION DE L'ETUDE

TITRE :

Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode Delphi

Travaux de MOUZALI Oumeyma, interne en médecine générale

Les données ont été saisies doublement sur fichier Excel par :

- **Fichier 1 :** Oumeyma MOUZALI (interne en médecine générale) en date du 20/04/2020
- **Fichier 2 :** Alexandre REY (attaché de recherche clinique) en date du 21/04/2020

La confrontation des données a été faite par Tarek ITTOBANE (attaché de recherche clinique) à Grenoble, le 28/04/2020.

La confrontation a été réalisée pour la saisie de l'ensemble des facteurs de risques n'ayant pas fait l'objet d'un consensus de cotation au 2ème tour Delphi, soit au total 11 facteurs de risques cotés par 34 participants, ce qui représente un total de 374 variables.

RESULTATS DE LA CONFRONTATION :

Erreur dans 2 des 374 champs (0.53 %) :

	Fichier 1	**Fichier 2**	**Variable juste (vérifié dans les données sources)**
Facteur de risque lié à la famille : participant n°106, variable « famille recomposé » noté « recomp »	3	2	**3**
Facteur de risque lié aux parents : participant n°106, variable «très jeune âge de la mère <19 ans » noté « <19 »	3	2	**3**

Les corrections ont bien été apportées au fichier final.

ANNEXE 9 : COMPOSITION DE L'EQUIPE DE RECHERCHE

NOM PRENOM	PROFESSION	FONCTION DANS LA THESE
Mme Oumeyma MOUZALI	Interne en médecine générale	Auteur principal
Dr Dominique LAMY	Médecin généraliste	Directeur de thèse Membre du jury de thèse
Pr Jean-Luc BOSSON	PU-PH en Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	Méthodologiste Membre du jury de thèse

ANNEXE 10 : CURRICULUM VITAE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A LA SAISIE ET LA CONFRONTATION DES DONNEES (EN PLUS DE L'AUTEUR)

CURRICULUM VITAE DE Mr TAREK ITTOBANE

ITTOBANE Tarek
E-mail : tarek.ittobane@hotmail.fr
Tel : 06 58 68 28 14

Diplômes

2017	**Master 2 - Eudipharm IPIL - Evaluation Clinique** - Université Claude Bernard Lyon 1 **Institut de Pharmacie Industrielle de Lyon**
2015	Maîtrise **Ingénierie de la Santé et du Médicament,** parcours **Biotechnologie** (UGA)

Parcours professionnel

Date :	Expérience :	Lieu :
Septembre 2017 –octobre 2019	**Attaché de Recherche Clinique – Dispositifs médicaux** Montage de projet, élaborations des documents à soumettre CPP/ANSM (protocole, MS), visite pré-étude, élaboration CRF, mise en place, suivie, saisie des données, CQ, gestions EI/EIG avec vigilance, extractions de datas (matlab) Poste transversal : DRCI, investigateurs, industries, patients, datas, statisticiens…	**CIC-IT CHU-GA** (Grenoble)
Mars 2017 - Septembre 2017	**Attaché de Recherche Clinique – Service pédiatrie** (stage de M2) Formation BPC – Etudes : Newrofeed + Prenatal-dex ▪ **ARC Investigateur :** suivi et logistique étude, inclusions avec investigateur, gestion des EI et des sorties d'étude. ▪ **ARC Coordinateur :** étude multicentrique, affaires réglementaires, soumissions CPP/ ANSM, préparation classeurs investigateurs, revues du protocole/ cahier d'observation et e-CRF, suivi étude, newsletter.	**CIC des HCL Hôpital Louis Pradel** (Bron)

CURRICULUM VITAE DE Mr ALEXANDRE REY

Alexandre REY
163, chemin du BOTET
38330 BIVIERS

Français, 30 ans, permis B
06 31 53 39 60
arey38920@gmail.com

Attaché de recherche clinique

2 années ½ d'expériences en recherche clinique sur les dispositifs médicaux
3 années d'expérience en recherche fondamental sur les maladies neuromusculaire

FORMATION

2015 **Formation professionnelle d'Attaché de Recherche Clinique**, **Mediaxe, Paris**
2015 **Master 2, Biologie, École Professionnelle des Hautes Études (EPHE), Paris**
2012 **BTS Biotechnologie, Martinière Duchère, Lyon**

COMPETENCES

- Contrôle qualité
- Travail de chef de projet sur plusieurs études
- Rédaction de CRF / Triptyque / Soumission / Modifications substantiels (MS et MnS)
- Organisation des réunions avec les intervenants d'une étude (mise en place d'étude)
- Recueil des données au bloc opératoire / Aisance relationnel en communication
- Visite de monitoring et contrôle qualité / Gestion des classeurs investigateurs
- Préparation et création des bases de données statistiques avec le logiciel EPIDATA
- Maitrise de Microsoft Office, Anglais bon.
- Maitrise des présentations PowerPoint face à une assemblée

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

- Freelance: **Attaché recherche clinique**

- 7 sept-2016 à 2019: **ARC au CIC-IT du CHU de Grenoble**

- 23 Juin au 7 sept-2016 **: Stage ARC au CIC-IT (Centre d'investigation clinique et innovation technologique) du CHU de Grenoble**

- 1 Février - 20 Juin 2016 **: Technicien de laboratoire (Bactériologie) au CHU de Grenoble**

- Dec à fin janvier-16 *:* **Passage et obtention du diplôme d'ARC à PARIS (Mediaxe)**

- Nov-2012 à Nov-2015 : **Étudiant EPHE (Diplôme M2), Biologie Moléculaire de la Cellule, « Rôle de la protéine MSP-300 au niveau neuromusculaire », École Normale Supérieure, Lyon**

Recherche des modèles expérimentaux pour l'étude de maladie neuro-musculaire chez l'homme

- Identification d'un phénotype musculaire chez la drosophile, comparable à celui décrit chez l'homme porteur de la maladie de Dreyfus
- Mise au point d'une technique de manipulation génétique, permettant de corriger le dysfonctionnement de contraction musculaire observé chez la larve de drosophile
- Publication des résultats dans un article d'une revue internationale
- Gestion et utilisation d'un stock de plus de 300 lignées de drosophiles

ACTIVITES EXTRAPROFESSIONNELLES

Pratiquant d'art martiaux
Littératures philosophiques

CONCLUSION SIGNEE

THÈSE SOUTENUE PAR : Oumeyma MOUZALI

TITRE : REPÉRAGE D'UNE SITUATION A RISQUE DE MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE CHEZ LE MINEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉLABORATION D'UN SCORE PAR MÉTHODE DELPHI

CONCLUSION

La maltraitance infantile intrafamiliale est un sérieux problème de santé publique, elle doit être appréhendée comme telle. La prévention est essentielle, et commence par le repérage des situations à risque.

Ce travail a permis de pondérer 25 facteurs de risque (FDR) associés à la maltraitance, tirés d'une revue systématique de la littérature. Il a été élaboré par une méthode Delphi incluant 40 experts qui travaillent en lien avec la protection de l'enfance. Un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur a été créé à destination du médecin généraliste.

Cette étude a permis de majorer certains FDR. Les FDR ayant eu le plus haut score à 5 points sont la violence conjugale, les troubles de l'attachement parent-enfant, les antécédents de maltraitance chez l'enfant, la fratrie ou les parents, et l'abus d'alcool ou consommation de drogues chez les parents. Les commentaires des experts ont mis en évidence l'importance d'une association de FDR pour le repérage d'une situation à risque, l'idée que la maltraitance existe dans tous les milieux socio-économiques, et le rôle majoritaire des troubles du lien parent-enfant comme principale source du problème. Ces FDR, et leur multiplicité, permettront d'alerter le médecin généraliste devant une situation à risque de façon privilégiée.

La pondération des FDR par des professionnels, ne peut être, au mieux, que le reflet de la force de l'association statistique réelle entre ces FDR avec un danger avéré pour l'enfant, vérifiable par des études de cohorte sur la population générale. Il s'agit pour le médecin généraliste de repérer une situation à risque de maltraitance et déployer des stratégies de prévention adaptées au niveau de risque. L'étude des propriétés métrologiques du score permettra l'élaboration d'un outil final validé.

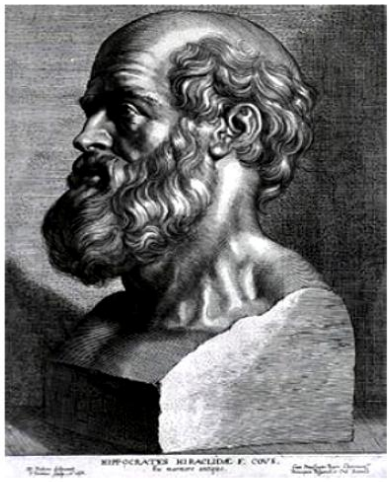
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 14/09/20

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE DOYEN
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
Pr. Patrick IMBERT

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MOUZALI Oumeyma

REPERAGE D'UNE SITUATION A RISQUE DE MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE CHEZ LE MINEUR EN MEDECINE GENERALE : ELABORATION D'UN SCORE PAR METHODE DELPHI

RÉSUMÉ

Introduction: La maltraitance infantile intrafamiliale est un sérieux problème de santé publique, et engendre des répercussions importantes sur la santé globale de l'enfant et sur son avenir. La prévention est primordiale et débute par le repérage des situations à risque.
Objectif : Pondérer les facteurs de risque (FDR) identifiés afin d'élaborer un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale.
Méthode : Un consensus formalisé d'experts par rondes Delphi a été conduit entre novembre 2019 et avril 2020. Les experts inclus travaillent en lien avec la protection de l'enfance. 25 facteurs de risque proposés étaient tirés d'une revue systématique de la littérature réalisée en 2016. Une échelle de risque de 1 à 5 points standardisée a été utilisée.
Résultats : Trois rondes Delphi ont été réalisées incluant 40 experts. Les 25 FDR proposés ont obtenu une pondération consensuelle permettant l'élaboration d'un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur à destination du médecin généraliste. Aucun désaccord n'a été notifié. Les FDR ayant eu le plus haut score à 5 points sont la violence conjugale, les troubles de l'attachement parent-enfant, les antécédents de maltraitance chez l'enfant, la fratrie ou les parents, et l'abus d'alcool ou la consommation de drogues chez les parents.
Conclusion : En outre, les commentaires des experts ont permis de recentrer le score dans le contexte global en précisant l'importance d'une association de FDR pour le repérage d'une situation à risque, l'existence de la maltraitance dans tous les milieux socio-économiques, et le rôle des troubles trans-générationnels du lien parent-enfant. Des études sont nécessaires pour évaluer l'applicabilité de ce score en consultation de médecine générale et son aide au repérage.

MOTS-CLÉS : *méthode Delphi, maltraitance infantile intrafamiliale, facteurs de risque, danger, prévention primaire.*

FILIÈRE : *médecine générale.*

MOUZALI Oumeyma

IDENTIFICATION OF RISK SITUATION OF INTRAFAMILIAL CHILD ABUSE IN GENERAL PRACTICE: DEVELOPPEMENT OF A SCORE USING THE DELPHI METHOD

ABSTRACT

Introduction: Intra-familial child abuse is a serious public health problem, and has an important impact on child's overall health and his futur. Prevention is essential and begins with the identification of risk situations.
Aim: Rate the risk factors (RF) identified in order to set up a score to identify a situation at risk of intra-familial child abuse in general practice.
Method: A formalized consensus of experts by rounds Delphi was conducted between November 2019 and April 2020. The included experts work in connection with child protection. 25 risk factors proposed were identified by a literature review published in 2016. A standardized 1 to 5-point risk scale was used.
Results: A three-round Delphi approach was conducted including 40 experts. The 25 risk factors proposed reached a consensual quotation allowing the development of an identifying score for a situation at risk of intra-familial child abuse for the general practitioner.
The RF with the highest 5-point score were domestic violence, parent-child attachment disorders, previous child, sibling or parental mistreatment, and alcohol abuse or parent's drug use.
Conclusion: In addition, the experts comments allowed to refocus the score in the global context by highlighting the importance of an RF association for the identification of a risk situation, the existence of mistreatment in all socio-economic circles, and the role of transgenerational parent- child link disorders. Following this work, further studies are needed to assess the applicability of this score in general practice and his its help in identification of risk situations.

KEYWORDS: *Delphi technic, intra-familial child abuse, risk factors, danger, primary prevention.*

SECTOR*: General practice.*