



HAL
open science

Maltraitements infantiles : comment les repérer ? Une étude qualitative auprès des médecins généralistes des Landes

Rachel Darzacq

► **To cite this version:**

Rachel Darzacq. Maltraitements infantiles : comment les repérer ? Une étude qualitative auprès des médecins généralistes des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03243220

HAL Id: dumas-03243220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243220>

Submitted on 31 May 2021

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.



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 - Thèse n°25

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 06 mai 2021

Par DARZACQ Rachel
Né(e) le 19/11/1992 à Dax

MALTRAITANCES INFANTILES : COMMENT LES REPÉRER ?

**Une étude qualitative auprès des médecins généralistes
des Landes**

Sous la direction du Docteur COSTA Aurélie et du Docteur TURCHET Sébastien

JURY :

Président : M. BRISSAUD Olivier
Rapporteur : M. MONTARIOL Yves
Membres du jury : Mme LEROUGE BAILHACHE Marion
M. PILLET Pascal
M. GALERA Cédric
M. ROMERO Marco



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021 - Thèse n°25

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 06 mai 2021

Par DARZACQ Rachel
Né(e) le 19/11/1992 à Dax

MALTRAITANCES INFANTILES : COMMENT LES REPERER ?

**Une étude qualitative auprès des médecins généralistes
des Landes**

Sous la direction du Docteur COSTA Aurélie et du Docteur TURCHET Sébastien

JURY :

Président : M. BRISSAUD Olivier
Rapporteur : M. MONTARIOL Yves
Membres du jury : Mme LEROUGE BAILHACHE Marion
M. PILLET Pascal
M. GALERA Cédric
M. ROMERO Marco

Titre : Maltraitemances infantiles : comment les repérer ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes des Landes.

Résumé

Introduction La maltraitemance infantile est un problème de santé publique aux lourdes conséquences sur le développement de l'enfant, mais elle demeure sous diagnostiquée. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le suivi médical de l'enfant ; il est pourtant rarement à l'origine des informations préoccupantes.

Objectif Mettre en évidence des stratégies de repérage des maltraitemances infantiles reproductibles en cabinet.

Méthode Une étude qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de quatorze médecins généralistes des Landes ayant réalisé au moins une information préoccupante pour suspicion de maltraitemances infantiles.

Résultats Ce travail propose des axes d'amélioration des pratiques à partir des stratégies adaptatives développées par les praticiens interrogés. Parmi ces dernières, différents sous thèmes ont émergé : utiliser des messages de prévention, créer un refuge pour l'enfant en amont de toute violence, identifier les signes d'alerte, se positionner en tant que « médecin soutien » auprès des familles, adopter une neutralité bienveillante, devenir systématique, et surtout, ne pas rester seul face à des incertitudes.

Conclusion Le médecin généraliste devrait être un acteur central de la protection de l'enfance. Afin de tendre vers cela, il nous semble primordial d'évoluer vers un nouveau paradigme, à savoir : reconsidérer le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité, et repenser la consultation pédiatrique en allant vers un dépistage systématique des violences intrafamiliales et scolaires.

Mots-clés : maltraitemance infantile, diagnostic précoce, médecine générale

Title: Child maltreatment: how to spot it? A qualitative study about general practitioners in the department of Les Landes.

Abstract

Introduction Child maltreatment is a public health issue which has serious consequences on child development and health, but it remains underdiagnosed. The general practitioner has a central position in the medical follow up of children. However, less than 3% of the national worrying information come from the medical profession.

Purpose The aim of this study is to bring out strategies for tracking child maltreatment, replicable in general medicine practice.

Methods A qualitative study has been conducted by semi-directed interviews with fourteen general practitioners who reported at least one worrying information in the department of Les Landes in France.

Results This study suggests ways of improvement of the medical practices for tracking child maltreatment as soon as possible. Different themes arise: using prevention messages, creating shelter for children upstream any violence, recognizing the warning signs, positioning oneself as a support for families, adopting a benevolent neutrality, becoming systematic, and most of all, not remaining alone facing uncertainties.

Conclusion The general practitioner must be a key actor in the child protection system. Thus, it would be interesting to work towards a new paradigm: reconsider the role of the general doctor who could provide support for parenting, and redesign the pediatric consultation, by going out to a systematic screening of intrafamilial and scholar violence.

Keywords: child abuse, early diagnosis, general practice

Unité de recherche

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur BRISSAUD, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.
Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur LEROUGE-BAILHACHE, à Messieurs les Docteur PILLET et Docteur GALERA, membres du jury

Vous avez accepté de siéger à ce jury et juger mon travail. Soyez assurés de ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur ROMERO, membre du jury

Merci pour la qualité de ton enseignement et de nos échanges au cours de l'internat.
C'est un honneur de te compter parmi le jury aujourd'hui.

À Monsieur le Dr MONTARIOL, rapporteur de thèse

Vous avez accepté de juger la qualité de ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur COSTA Aurélie, directrice de thèse

Merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail, merci pour ton soutien et ta joie de vivre communicative.

À Monsieur le Docteur TURCHET Sébastien, directeur de thèse

Merci pour ton accompagnement, tes conseils précieux et ton optimisme constant au cours de ce travail. En tant que maître de stage tu as su m'accueillir avec beaucoup de bienveillance, j'espère exercer ce merveilleux métier avec autant de passion et de respect pour les patients que tu as su me le communiquer. Je te suis très reconnaissante pour ce riche enseignement. Enfin, merci pour ton amitié et ta simplicité.

Au Modèle Social Français,

Je souhaite exprimer ma sincère reconnaissance pour m'avoir offert l'accès à ce métier passionnant qu'est celui de médecin, comme cela est le cas pour des milliers d'étudiants et ce, quelque soit leur appartenance sociale.

Aux médecins généralistes ayant participé à l'étude

Merci de m'avoir offert de votre temps, de m'avoir livré votre témoignage précieux et parfois intime avec sincérité et authenticité. Un grand merci pour votre partage d'expérience et pour m'avoir accueillie si gentiment.

À Monsieur le Docteur LHEZ

Merci de m'avoir sensibilisée au sujet des violences conjugales dès le début de mon internat. Sans cette prise de conscience ce travail n'aurait jamais vu le jour. Sous ta carapace de rugbyman se cachent une grande sensibilité et beaucoup d'empathie. Merci d'offrir à toutes ces femmes une chance de se reconstruire.

À ma famille, ma mère et mon frère Martin.

Merci d'avoir supporté mes anecdotes médicales pendant toutes ces années. Vous êtes précieux à mes yeux.

À mes grands-parents,

Mizette et Papi, vous êtes des personnes exceptionnelles et rayonnantes. Vos conseils sont précieux, votre douceur davantage. Vous m'avez aidée à me construire, vous êtes un pilier dans ma vie. Mes remerciements ne seront jamais à la hauteur de ce que je vous dois. Mamie-Jo, j'aurais tant aimé échanger avec toi au sujet de ce travail qui, sans aucun doute, ne t'aurait pas laissée indifférente. Merci pour ta générosité en Amour, en douceur, et en gentillesse.

À Azalia, Jean-Charles, et mes cousin-e-s pour le travail formidable que vous faites auprès des enfants. Merci de les accueillir, de donner de votre personne, et surtout de leur offrir une chance d'être aimés et de s'épanouir.

À ma belle-famille, de m'avoir accueillie si chaleureusement il y a maintenant plus de 10 ans. Merci pour votre curiosité vis-à-vis de mon métier et pour votre soutien sans faille.

À Clément, tu es entré dans ma vie dans un moment très difficile, tu m'as apaisée, réparée, et aidée à grandir. Ton humour rend le quotidien toujours plus agréable, ta gentillesse n'a pas de limite. Merci pour ta patience et pour ton avis précieux à chaque étape de ce travail.

À mes ami-e-s, et à toutes les rencontres qui ont été une source d'inspiration dans l'élaboration de ce travail.

A Sarah, Julia, Priscilia, Lilian, Chris, Camille, Sabrina et à tous les enfants au cœur brisé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité. J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

Table des matières

I. INTRODUCTION	9
A. UN PHENOMENE FREQUENT, AUX LOURDES CONSEQUENCES	9
B. LE MEDECIN GENERALISTE EN PREMIERE LIGNE	11
II. L'ETUDE	13
A. MATERIEL ET METHODE	13
1. Type d'étude	13
2. Population étudiée	13
3. Mode de recrutement	14
4. Grille d'entretien	14
5. Recueil des données	16
6. Analyse des données	16
a) Analyse longitudinale	17
b) Analyse transversale	17
7. Cadre éthique	18
B. RESULTATS	19
1. Caractéristiques de l'échantillon	19
2. Analyse thématique des résultats	21
a) Représentations de la maltraitance et de son ampleur	21
b) Ressentis des médecins face à la maltraitance : une ambivalence marquée	23
c) Signes d'alerte	30
d) Stratégies adaptatives du médecin pour favoriser le repérage	39
e) Entamer le dialogue	51
C. DISCUSSION	53
1. Discussion de la méthode	53
a) Forces de l'étude	53
b) Limites méthodologiques	54
2. Discussion autour des résultats	55
a) Repenser le rôle du généraliste	55
b) Repenser la consultation pédiatrique	59
D. CONCLUSION	63
III. BIBLIOGRAPHIE	64
IV. ANNEXES	67

*« Il est plus facile de créer des enfants solides
que de réparer des hommes brisés »*

Frederik Douglas.

I. INTRODUCTION

A. UN PHÉNOMÈNE FRÉQUENT, AUX LOURDES CONSÉQUENCES

L'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) définit l'enfance en danger (1) comme l'ensemble des :

- *enfants maltraités* : ce sont les enfants victimes de violences physiques, abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique ;
- *enfants en risque de maltraitance* : ce sont les enfants qui connaissent des conditions d'existence risquant de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien, mais qui ne sont pas pour autant maltraités.

Précisons que les violences psychologiques se définissent comme l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales, menaces verbales répétées, marginalisation, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, consignes éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

Les négligences, elles, sont des défaillances intentionnelles ou par omission, à répondre aux besoins physiques, affectifs, psychologiques ou éducatifs de base de l'enfant.

Il convient d'ajouter à cette définition les enfants témoins de violences conjugales, que la littérature internationale tend désormais à considérer comme enfants maltraités (2,3).

En France, soixante-douze enfants meurent chaque année de violences parentales. Autrement dit, un enfant meurt tous les cinq jours des mauvais traitements que ses parents lui infligent (4).

Ces données accablantes sont issues d'un rapport conjoint des inspections générales des Affaires sociales, de la Justice et de l'Éducation, sur les morts violentes d'enfants au sein des familles entre 2012 et 2016. Les nourrissons et les enfants de moins de 6 ans semblent être les plus exposés. En effet plus de la moitié des enfants décédés le sont avant l'âge d'un an. Il en ressort également que les personnes impliquées dans le décès de ces enfants sont très majoritairement les parents dans plus de 80% des cas (4).

En 2014, un rapport de l'OMS énonce qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance, qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 disent avoir subi des violences sexuelles dans leur jeunesse (5).

Ces chiffres laissent entrevoir la gravité du problème : la maltraitance infantile constitue un véritable problème de santé publique. Il s'agit d'un phénomène fréquent, aux lourdes conséquences.

L'enfant, à la différence de l'adulte, n'est pas en capacité de reconnaître la maltraitance en tant que telle, n'ayant pas d'autre référentiel que l'éducation à laquelle il est soumis. Il est donc dans l'incapacité d'identifier le caractère anormal des traitements qu'il reçoit, et par conséquent, dans l'impossibilité de se révolter et de dénoncer ces faits (6).

Il va donc grandir dans ce milieu délétère et développer des troubles qui impacteront son devenir. Il est facile d'imaginer les conséquences à court terme telles que des séquelles de traumatismes, mais aussi des troubles du comportement, des troubles du développement psychomoteur, des difficultés d'apprentissage (3).

Outre ces conséquences immédiates, les répercussions sur l'enfant le sont à plus long terme. Comme le stipule Anne Tursz dans son ouvrage *Les oubliés*, « nombreux sont les états pathologiques qui peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance ». Elle cite notamment des éléments de la sphère psychologique : « comportements agressifs et violents, comportements criminels, abus de toxiques, comportement auto-agressifs et suicidaires, problèmes émotionnels, problèmes relationnels, difficultés scolaires et professionnelles » (6).

La conséquence la plus désastreuse est sans doute la répétition de ces comportements violents par mimétisme du schéma éducatif dont l'enfant a fait l'expérience. Selon les psychologues, cette transmission intergénérationnelle ne serait pas tant une répétition de la violence subie, mais plutôt une reproduction de modèles relationnels, lesquels sont intériorisés par l'enfant (7). En d'autres termes, ces modèles éducatifs violents compromettent le processus de socialisation de l'enfant, qui risque d'intégrer la violence comme mode de communication.

C'est pourquoi, afin de protéger l'enfant et d'agir sur le cycle répétitif des violences, il apparaît primordial de repérer les maltraitances et ce, le plus précocement possible.

B. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN PREMIÈRE LIGNE

Le médecin généraliste, par sa position de médecin de famille, a la particularité de connaître l'entourage, le contexte social et parfois le lieu de vie de ses patients.

Cette position lui permet de prendre en charge l'enfant dans sa globalité et d'être, parfois, le témoin de situations cachées.

L'accès au pédiatre étant de plus en plus difficile, le suivi des enfants est réalisé dans 80% des cas par le médecin généraliste seul (8). Il est donc souvent en première ligne pour le repérage des mineurs en danger et tient un rôle fondamental dans leur prise en charge.

Pourtant, les informations préoccupantes (IP) transmises aux Conseils Départementaux n'émanent que très rarement des médecins généralistes.

Selon le rapport de l'Observatoire National de Protection de l'Enfance de 2016, les principaux organismes à l'origine de l'information préoccupante sont l'Education Nationale, les services du Conseil Départemental (Aide Sociale à l'Enfance, PMI), la justice et le centre téléphonique « Allo 119 ». En dernière position viennent les professionnels du corps médical (libéral, hospitalier) représentant 1 à 14% des IP selon les 82 départements étudiés (9).

En ce qui concerne le département des Landes, ce sont moins d'1% des informations préoccupantes qui proviennent des médecins généralistes (1/1009 en 2017, 0/1136 en 2018).

De nombreuses études mettent en avant les freins au signalement par les médecins généralistes, parmi lesquels la méconnaissance du sujet par manque de formation est au premier rang (10–12).

Parmi ces obstacles, on retrouve également la tendance à vouloir prouver les faits avant de les signaler. Or, comme le rappelle la Haute Autorité de Santé dans les dernières recommandations, « le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente », le seul doute suffit (13).

De plus, la loi n° 2015-1402 prévoit que « le signalement aux autorités compétentes effectués dans les conditions prévues ne peut engager la responsabilité civile, pénale, ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi » (14).

Le manque de confiance envers les services sociaux semble aussi constituer un frein, renforcé par le défaut de communication et l'absence de retour des institutions suite à la rédaction d'un signalement administratif ou judiciaire (10,11,15).

Enfin, le médecin généraliste se retrouve souvent confronté à un manque d'objectivité en lien avec une relation médecin-patient installée de longue date (11). Souvent perçue comme un atout, cette relation de confiance altère parfois sa capacité de discernement.

Une étude qualitative de 2016 s'intéresse au point de vue d'anciennes victimes sur la place du médecin généraliste dans leur parcours de vie (16). A l'âge adulte, le médecin est perçu comme « une personne ressource, bienveillante, au centre d'une prise en charge pluridisciplinaire ». Pourtant pendant l'enfance, les anciennes victimes expriment des « difficultés pour l'enfant de se confier, » et un « manque de vigilance du médecin face au nomadisme médical, à l'évitement, à la fausse image de bonne famille ».

Il apparaît évident que le médecin généraliste peut jouer un rôle crucial : d'un repérage précoce découle une prise en charge adaptée, une protection de l'enfant et une atténuation des conséquences sur le développement de celui-ci.

Cependant, le repérage des maltraitances infantiles est un exercice difficile pour le médecin généraliste : comment l'améliorer ?

En tenant compte de la réalité quotidienne de l'exercice de la médecine générale, l'objectif de notre étude est de mettre en évidence des moyens de repérage des maltraitances infantiles, reproductibles en cabinet.

II. L'ÉTUDE

A. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Landes.

La méthode qualitative est apparue comme étant la plus appropriée puisqu'elle permet d'étudier des phénomènes subjectifs et difficiles à mesurer, telle que peut l'être la maltraitance infantile. Ce type d'étude vise à explorer les émotions, les comportements et les expériences professionnelles d'une population cible, ici les médecins généralistes.

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'une grille d'entretien préalablement établie selon une approche phénoménologique, c'est-à-dire centrée sur le vécu.

Cette approche permet de comprendre un phénomène en fonction de la personne et du contexte dans lequel elle évolue. Le médecin, au-delà de son statut de professionnel de santé est un individu véhiculant l'expérience de son passé. Son implication en tant que professionnel de santé, son attitude, ses actes, ne sont pas dissociables de ce qu'il peut être en tant qu'être humain sensible et vulnérable. Ses craintes, ses doutes, ses émotions viennent parfois interférer avec son raisonnement clinique. Ainsi, l'approche phénoménologique permet d'accéder à son expérience globale face au sujet de la maltraitance.

2. Population étudiée

L'étude portait sur une population de médecins généralistes exerçant dans les Landes, et ayant déjà réalisé au moins une information préoccupante ou un signalement pour suspicion de maltraitance infantile.

Ce choix émane de l'hypothèse qu'un médecin ayant fait la démarche d'un signalement a été confronté à une situation d'enfance en danger, et donc à l'exercice du repérage en cabinet en amont.

En ce sens, n'avoir jamais repéré de cas de maltraitance au cours de son activité constituait un critère d'exclusion.

Être médecin de PMI ou médecin spécialiste constituait un critère de non-inclusion.

L'intérêt de l'étude étant de recueillir une expérience vécue en médecine générale, être retraité ou avoir cessé son activité libérale ne constituait pas un critère d'exclusion.

3. Mode de recrutement

L'analyse de la provenance des informations préoccupantes des trois dernières années auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) des Landes a permis de retenir le nom de quatre médecins libéraux. Ces derniers ont été contactés et ont permis le recrutement des suivants, par effet boule de neige. Afin d'éviter un biais de sélection, un de ces quatre médecins n'a pas été inclus dans l'étude car il était directeur de ce travail de thèse. Il a cependant participé à l'effet boule de neige en réorientant l'enquêteur vers d'autres médecins.

Les participants ont été contactés une première fois par téléphone ou courriel, afin de valider s'ils présentaient ou non les critères d'inclusion. Si tel était le cas, l'objectif de la recherche et le déroulement de l'étude leur étaient présentés succinctement et un rendez-vous ultérieur était fixé pour la réalisation de l'entretien. Dans l'intervalle, une lettre d'information plus détaillée leur était communiquée par courrier électronique leur garantissant notamment leur anonymat (*Cf. Annexe 1*).

4. Grille d'entretien

Une grille d'entretien a été construite à la suite du travail de recherche bibliographique.

Cette grille a été testée au préalable avec un médecin thésé ayant une expérience en méthodologie qualitative. Cet entretien test, réalisé en présence d'un des directeurs de thèse en tant que tiers observateur, a abouti à des modifications dans la formulation de certaines questions. Les résultats de cet entretien n'ont pas été intégrés dans l'analyse puisque les critères d'inclusion n'étaient pas respectés.

Les questions ouvertes de cette grille permettaient aux participants de s'exprimer librement sur la dernière situation de maltraitance vécue. Ces questions permettaient d'explorer le cadre donné à l'entretien, l'attitude du médecin, son ressenti, ainsi que des propositions d'amélioration des pratiques.

Relater la dernière situation vécue permettait d'obtenir un récit le plus détaillé possible, dans le but de réaliser une analyse fine.

La grille a été modifiée après le 6^{ème} entretien. La question 8) a été supprimée, jugée non pertinente. Les questions 10) et 13) ont été reformulées, jugées peu claires. La version 1 de la grille d'entretien se trouve en *Annexe 2*. La version définitive est présentée ci-dessous. Son contenu n'était pas connu des participants.

GRILLE D'ENTRETIEN

CONNAISSANCES GENERALES

- 1) Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance infantile ?
- 2) Avez-vous une idée de la fréquence des maltraitances infantiles (dans la population générale/dans votre cabinet) ?
- 3) De manière générale, sur quels éléments vous appuyez-vous pour repérer les maltraitances et comment le faites-vous ?

DERNIER CAS DE MALTRAITANCE VECU AU CABINET

- 4) Pouvez-vous m'évoquer le dernier cas de maltraitance que vous avez vécu en cabinet ?
- 5) Comment avez-vous posé la question ?
- 6) Quel cadre donnez-vous à l'entretien ? (enfant vu seul/isolé des parents ou avec parents)
- 7) Quelle attitude avez-vous adopté vis-à-vis de l'enfant ? Vis-à-vis du parent ?
- 8) Est-ce qu'il y a des mots-clés (comme pour ouvrir une porte) que vous prononcez ?

RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE

- 9) Sur le plan émotionnel, comment avez-vous vécu cette situation ?
- 10) Qu'avez-vous rencontré comme difficultés ?
- 11) Sur quelle partie de la consultation vous êtes-vous senti le moins en difficultés ?
- 12) Dans votre vie en dehors du cabinet, quels éléments ou évènements vous sensibilisent davantage aux maltraitances infantiles ?

AMELIORATION DU REPERAGE

- 13) De manière générale, faites-vous un message de prévention/ respect du corps, quel est ce message ?
- 14) Quel est selon vous l'intérêt de faire la démarche d'un dépistage de ces maltraitances ?
- 15) Avez-vous déjà regretté de ne pas avoir fait de signalement ou de l'avoir fait trop tard ? Si oui, quels étaient ces petits signes que vous n'aviez pas retenus ?
- 16) Il y a-t-il des éléments que vous souhaitez rajouter, peut être en lien avec d'autres situations, pour améliorer le repérage en cabinet ?

5. Recueil des données

Tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur, qui est aussi l'investigatrice principale.

Les caractéristiques de chaque participant et leur consentement ont été préalablement recueillis, et leur anonymat garanti.

Le sujet des maltraitances infantiles pouvant renvoyer à des situations douloureuses et chargées en émotions, les entretiens en face à face ont été privilégiés. Cependant, du fait du confinement lié au COVID 19, quatre entretiens ont été réalisés par visioconférence.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone et d'un smartphone, puis intégralement retranscrit manuellement par l'enquêteur : c'est ce que l'on appelle les verbatims (un exemple se trouve en *Annexe 3*). Cette retranscription a été volontairement laissée à l'état brut, sous la forme d'un français parlé. Les attitudes, le ton, les hésitations, les rires ont été signalés entre crochets.

Des notes de terrain ont été prises au décours immédiat des entretiens, permettant de retranscrire l'atmosphère, le contexte de ceux-ci.

Chaque verbatim était par la suite envoyé aux participants dans un délai bref. Un participant a refusé de le recevoir, évoquant un entretien chargé en émotions et douloureux. Un seul médecin y a apporté des modifications portant sur la forme.

L'inclusion des participants a été stoppée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque les entretiens ne fournissaient plus d'éléments nouveaux à la recherche. Dans notre étude elle a semblé apparaître au bout du 13^{ème} entretien, et a été vérifiée par un entretien supplémentaire.

6. Analyse des données

Les données ont été analysées selon la théorisation ancrée.

Il s'agit d'une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (17). Ainsi, cette approche permettait de dégager du sens des pratiques et de l'expérience des médecins interrogés afin d'obtenir une « théorisation » de ces données.

Selon Pierre Paillé, « théoriser ne signifie pas viser la production de la grande théorie » mais plutôt « renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant en lumière » (17).

a) Analyse longitudinale

Après une première lecture qui permettait de s'imprégner de l'entretien et de son contexte, chaque entretien a été minutieusement analysé de façon longitudinale.

- La première étape consistait en l'identification d'unités de sens au sein de chaque verbatim : c'est le séquençage.
- La deuxième étape s'effectuait au cours d'une seconde lecture, il s'agissait d'attribuer un code à chaque unité de sens : c'est le codage.
- Lors de la troisième étape, les unités de sens étaient regroupées en catégories selon l'idée véhiculée. Les catégories ont été par la suite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées : c'est la catégorisation.

L'analyse longitudinale a débuté dès les premiers entretiens, ce qui a permis au chercheur de faire évoluer la grille d'entretien au fur et à mesure de l'analyse.

Une triangulation de l'analyse des données a été obtenue par un double codage avec l'aide d'un second chercheur, scientifique, indépendant à l'étude.

Chaque verbatim était analysé à la fois par l'enquêteur, et par le deuxième chercheur, de façon indépendante.

Lorsque les chercheurs avaient des points de vue différents sur le codage, un consensus était trouvé sur le codage à retenir.

b) Analyse transversale

Dans un second temps, l'analyse transversale consistait à regrouper pour un même code toutes les unités de sens qui s'y rapportaient, verbatim par verbatim. Ainsi pour chaque code, les occurrences étaient variables selon que le thème ait été abordé ou non par les participants.

Ainsi, plus une idée était véhiculée par les participants, plus le thème associé nous paraissait important à développer. Pour autant, une idée évoquée par un seul des participants suffisait à lui accorder une importance conceptuelle si elle répondait à notre problématique.

Cette partie a été facilitée par l'utilisation du logiciel N'Vivo®.

7. Cadre éthique

Ce travail a été déclaré auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et a été soumis à un comité d'éthique qui a jugé non nécessaire de faire appel à un Comité de Protection de Personnes (*Annexes 4 et 5*).

Préalablement aux entretiens, une information écrite était délivrée à chaque participant et un consentement écrit, garantissant leur anonymat, signé.

B. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les trente-deux médecins contactés, quatorze ont été inclus dans l'analyse. Les quatre premiers ont été sélectionnés en étudiant la provenance des informations préoccupantes dans les Landes sur la période Janvier 2017 à Octobre 2019. Les suivants ont été contactés par effet boule de neige à partir de ces derniers (Cf. *figure 1*).

Parmi les participants, deux étaient connus de l'investigatrice principale et du directeur de recherche, ces derniers travaillant au sein de la même maison de santé.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le *Tableau 1*.

La saturation des données a semblé apparaître au bout du 13^{ème} entretien, ce qui a été vérifié par un entretien supplémentaire.

Les interviews ont eu lieu entre le 4 décembre 2019 et le 27 mars 2020. Leur durée moyenne était de 25 minutes (13 minutes pour le plus court, 50 min pour le plus long).

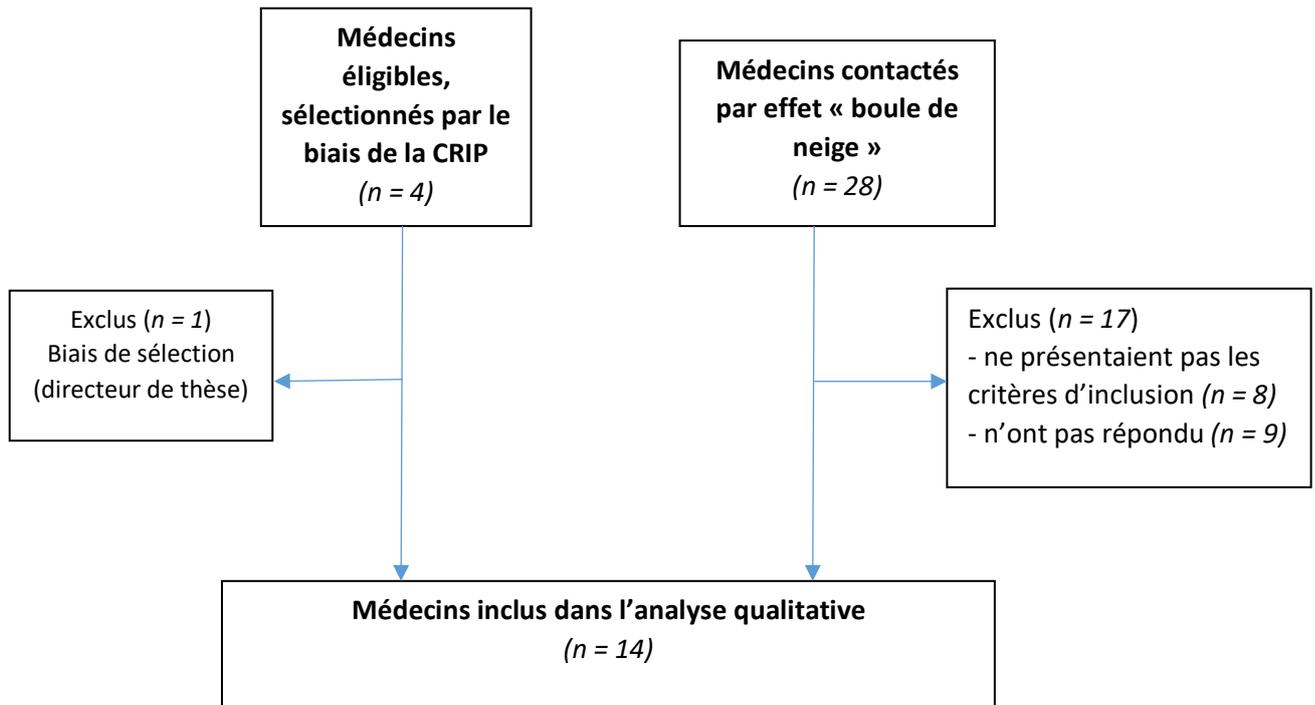


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

	Age	Sexe	Mode d'installation	Années d'exercice	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Pourcentage patientèle pédiatrique	Formation spécifique (pédiatrie/ou violences)	Durée entretien
P 1	33	F	Collaboration	6	MSP	Rural	≈ 15	Aucune	23 min
P 2	38	F	Installée	4	Seul	Urbain	≈ <10	Aucune	25 min
P 3	35	F	Collaboration	3	MSP	Semi-rural	≈ 35	Aucune	32 min
P 4	72	M	Mixte (1/3 temps hôpital)	35	CG	Semi-rural	≈ 20-40%*	Aucune	24 min
P 5	55	M	Installé	31	MSP	Semi-rural	≈ 25%	Aucune	50 min
P 6	42	M	Installé	10	CG	Semi-rural	≈ 10%	Aucune	20 min
P 7	68	F	Installée	44	MSP	Rural	22%	Formation violences	32 min
P 8	60	F	Anciennement installée (PH)	33	CG	Semi-rural	≈ 15%	Formation violences	19 min
P 9	64	F	Installée	36	MSP	Rural	18%	Formation violences	24 min
P 10	42	M	Installé	15	CG	Semi-rural	≈ 35%	Formation pédiatrie	13 min
P 11	56	M	Installé	28	MSP	Rural	16 %	Aucune	18 min
P 12	43	M	Installé	8	CG	Semi-rural	≈ <10%	Aucune	34 min
P 13	36	F	Installée	4	CG	Rural	≈ 30%	Aucune	18 min
P 14	43	M	Installé	14	MSP	Urbain	≈ 30%	Aucune	28 min

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

H = homme, F = femme, MSP = maison de santé pluriprofessionnelle, CG = cabinet de groupe

* Ce médecin a précisé que sa patientèle pédiatrique avoisinait les 40% en début de carrière, 20% en fin de carrière.
 ≈ valeurs approximatives

Le codage de chaque entretien a permis de dégager 203 unités de sens, dont 32 n'ont pas été intégrées à l'analyse car elles ne répondaient pas à la problématique de l'étude. Les 171 unités de sens restantes ont été classées en différentes catégories et sous catégories, puis organisées en cinq grands thèmes :

- Les difficultés et freins au repérage
- L'intérêt du repérage
- Les signes d'alerte
- Les stratégies adaptatives
- Les éléments de sensibilisation

Un extrait de l'arbre thématique est présenté en *Annexe 6*.

2. Analyse thématique des résultats

a) Représentations de la maltraitance et de son ampleur

Les médecins interrogés définissaient les maltraitements infantiles par les violences physiques et sexuelles, évoquées dans chacun des entretiens.

La notion de négligence quant à elle, qu'elle soit par carence affective ou éducative, était évoquée dans moins d'un tiers des entretiens (4/14).

P11 : « On peut voir aussi des enfants avec une sorte "d'abandonisme" des parents... donc ça ça peut être signalé aussi, c'est une violence affective. (...) ils ont aucun cadre éducatif, des fois on voit des enfants très angoissés, est ce qu'il faut les obliger à aller voir un psy et considérer ça comme des violences ? Moi j'aurais tendance à considérer que c'est aussi des violences. »

P13 : « Ça peut être physique, psychologique, ou aussi par négligence. »

La sphère dans laquelle évoluaient les violences était également précisée, avec une dualité entre les violences institutionnelles et les violences intrafamiliales.

P1 : « Parce que la maltraitance peut ne pas être de la famille nucléaire. »

P9 : « Je vois ces deux choses-là. Le côté familial, et le côté de vie de collectivité. »

Le caractère involontaire des maltraitements était mis en avant par certains.

P2 : « (...) maltraitance physique, intellectuelle, tous les mauvais soins apportés aux enfants, volontairement ou involontairement... »

P5 : « Je pense que ce père était un père bizarrement très aimant »

Plus de la moitié des médecins interrogés (8/14) n'avaient pas d'idée précise de la fréquence des maltraitements infantiles en France, alors que 6/14 l'estimaient entre 5 et 25%.

S'ils pensaient n'être confrontés que très rarement à la maltraitance et n'avoir que peu d'expérience en la matière, ils étaient pourtant tous conscients du sous diagnostic.

P1 : « (...) à chaque fois on se dit que dans notre patientèle on a des femmes battues, on a des enfants, ce serait impossible qu'on n'en ait pas, et pourtant on n'arrive pas forcément à les détecter. »

P5 : « Je crains de sous évaluer (...) depuis tant d'années que je n'ai pas fait de signalement, il est évident que j'en ai loupé. »

P11 : « J'ai pas l'impression d'être plus confronté que ça aux violences faites aux enfants. (...) C'est peut-être que je les repère pas ou que j'interviens pas dans ce domaine de façon plus intrusive... c'est difficile à dire. »

P12 : « Si effectivement les chiffres dont j'ai le souvenir sont à ce point importants, si moi en 8 ans j'en ai suspecté 2, raté une, on est loin des 10%. (...) Sur les gamins que je vois j'ai du mal à me dire qu'il y a 10% des gamins que je vois qui potentiellement font l'objet de maltraitements. »

Parmi les médecins sélectionnés, certains étaient sensibilisés à la maltraitance pour des raisons diverses :

- Par des éléments inhérents à la personnalité et au milieu culturel

P6 : « Moi personnellement je suis assez sensible aux problématiques psychosociales on va dire. »

P14 : « (...) après c'est une histoire de culture et de sensibilité. Je hais la violence donc je me méfie vraiment. »

- Par la confrontation directe à la violence pendant les études

P2 : « Et après comme je l'ai dit, mon internat je l'ai fait à la Réunion, alors ça me fait sourire mais c'est quand même un endroit où, un département où il y a le plus de féminicide, c'est un endroit où on se tape beaucoup dessus en intrafamilial, et où c'est d'une banalité assez commune. Donc ça c'est quelque chose que j'ai beaucoup, beaucoup vu. »

P5 : « Mes allers retours avec la pédiatrie, mon début d'internat en cardio pédiatrie, j'ai vécu des situations où il y avait des signalements. »

- Par le biais de formations

P5 : « C'était pas un groupe de pairs mais je faisais partie d'un groupe de formation continue, on disait au moindre doute ne pas hésiter. »

P12 : « J'ai souvenir d'un petit cours de médecine générale en 3^{ème} cycle où un collègue nous avait dit que c'était des chiffres assez importants. J'ai souvenir d'un truc énorme, du genre 10%. (...) au final je pense que ça m'avait quand même sensibilisé. »

- Après une expérience professionnelle marquante

Un des médecins évoquait des regrets quant à la prise en charge d'une situation préoccupante en début de carrière et qui avait conditionné le reste de sa pratique.

P5 : « Après mon premier épisode complètement foiré qui a quand même conditionné tout le reste de mon activité médicale (...) je pense que c'était quand même un bénéfice de vie, d'avoir ce genre de situation au tout début d'un exercice professionnel, que de ne pas s'en rendre compte ou de ne pas le vivre, et ensuite de perpétuer des manquements dont on n'a absolument pas conscience. »

- Des antécédents personnels de violences intrafamiliales

P7 : « Mon propre vécu, et le fait que ma sœur ait vécu la même chose, que ma mère ait vécu la même chose, et que nous n'en avons parlé que le jour de mon mariage, j'avais trente ans. »

P7 : « Moi j'ai une maman qui a été très très violentée, vraiment de façon gravissime. »

- Par les médias

P11 : « A part effectivement tout ce qu'on peut lire dans la presse, qu'elle soit médicale ou générale, et la sensibilisation de toutes les violences, les violences faites aux femmes, faites aux enfants... En plus avec le coronavirus, avec cette recrudescence de violences avec le confinement... tout ça bien sûr on en entend parler. »

P14 : « Non je pense qu'on est plus sensibilisé qu'avant, et ça c'est pas plus mal. Ça c'est mon côté optimiste. »

- L'identification en tant que parent

P2 : « J'ai un petit garçon du même âge donc c'est un truc qui m'intéresse particulièrement parce que je l'aime hein, et j'aime bien ses copains aussi [sourit]. Et c'est un truc que je guette vachement sur les enfants autour de lui. Mais pour l'école. »

P13 : « Après moi j'ai des enfants donc... mais même si j'en avais pas je pense que ce serait pareil, les enfants ça touche toujours. Moi ça me touche quand ça concerne des enfants. »

P14 : « Non on en revient au référentiel, à terme tu réagiras pas pareil si tu as des enfants et si tu n'en a pas. »

Synthèse

Les médecins interrogés étaient sensibles à la question des maltraitances infantiles pour de multiples raisons, relatives à des expériences antérieures d'ordre personnel ou professionnel, ainsi qu'à leur environnement socio-culturel.

Ils admettaient un probable sous diagnostic des maltraitances, en tout cas d'une mésestimation du phénomène dans leur pratique.

b) Ressentis des médecins face à la maltraitance : une ambivalence marquée

(1) Les freins au repérage

De nombreux freins au repérage étaient mis en avant, parmi lesquels :

- La charge mentale du médecin,

P8 : « Souvent en cabinet c'est pas toujours facile quand on est tout seul dans son coin et qu'on est noyé dans ses consultations, les problèmes des gens, les difficultés administratives qui se multiplient. »

- Une difficulté sémantique,

Les négligences étaient clairement identifiées comme une maltraitance de l'enfant par certains médecins. Ces derniers avaient pleinement conscience des conséquences neurodéveloppementales qu'elles pouvaient engendrer. « *Après moi je suis plus désespéré par le vide affectif ou éducatif que par les coups des fois* » (P11). Ils évoquaient néanmoins une difficulté à déterminer le seuil à partir duquel un comportement pouvait être considéré comme maltraitant. « *Alors après est ce que je dois dénoncer un vide éducatif par exemple ?* » (P11) Autrement dit, ils exprimaient leur difficulté à déterminer les limites à partir desquelles les conséquences sur la santé de l'enfant n'étaient plus acceptables. Ainsi, ces mêmes médecins, pourtant lucides, ne se sentaient pas légitimes d'intervenir et faisaient le choix de rester en retrait par crainte d'être intrusifs.

P7 : « Doit-on faire un signalement quand on voit des mères défaillantes, ou des pères défaillants, des parents dans des situations socio conjugales, amoureuses délirantes, qui sont violentes pour les enfants ? Mais qu'est-ce que va faire la société pour eux ? »

P11 : « Est ce qu'on est en droit d'intervenir de manière aussi abrupte dans la... alors je dis pas que l'éducation par les baffes c'est la meilleure hein, mais si deux baffes échappaient à un parent, est ce que c'est un mauvais parent ? [sourit] Je leur jette pas la première pierre. »

- Le silence de l'enfant, qui se veut protecteur de l'adulte duquel il dépend,

P10 : « (...) certaines plaintes de l'enfant qui peuvent venir au cours de l'entretien. Même si, en étant encadré par les parents ça reste relativement rare. »

P12 : « (...) mais aux dires de la petite fille elle avait eu une relation sexuelle avec un "copain d'école" qui était un peu plus grand mais elle voulait pas en parler plus que ça. Et en fait, trois ans se sont écoulés et on vient d'apprendre l'été dernier qu'en fait la petite fille a dit que c'était son père qui l'avait mise enceinte. »

P13 : « On n'arrive pas toujours à faire parler l'enfant. Ça m'arrive de les recevoir seuls, pour essayer d'en tirer quelque chose, mais c'est rare que j'arrive à en tirer grand-chose. »

- Le manque de discernement, en lien avec la relation médecin-patient installée de longue date,

Soit par manque d'objectivité

P5 : « Ce sont souvent des familles que je connais bien, et c'est peut-être aussi un handicap. »

P9 : « Moi je suis parasitée parce que je connais beaucoup les gens ici. Quelques fois ça parasite ma vision des choses. »

P12 : « (...) moi qui connais toute la famille, je me suis dit "c'est impensable que j'ai pas pu penser à ça alors que c'est une famille que je suis. " »

Soit par la position de médecin de famille

P4 : « (...) parce qu'on suit la famille, parce qu'on suit les grands parents, parce qu'on les connaît, parce que ci parce que ça... ça me semble plus compliqué à gérer lorsqu'on est

le médecin traitant et qu'on est imbriqué un peu dans la relation familiale. »

- **La gestion de ses propres émotions, entraînant parfois un manque de neutralité,**

P3 : « Autant on est préparé à la découverte d'une leucémie, d'un cancer, enfin à quelque chose d'organique chez quelqu'un, mais là, c'est quelque chose à laquelle on n'était pas préparé, enfin beaucoup moins préparé à l'époque. (...) je voyais un morceau de l'iceberg, mais quel était le morceau sous-jacent? Voilà... ça m'a bouleversé.»

P5 : « Epouvantablement (...) Ça été une bourrasque émotionnelle quand je les ai reçus (...) ça été une réaction en chaîne très très douloureuse pour moi.»

P12 : « Là j'étais vraiment dans le jugement ouais, c'est pas possible de faire ça à une gamine. »

- **La diminution de la vigilance au fil de la carrière,**

P5: " J'en ai eu beaucoup et puis après plus du tout donc euh... je peux en effet suspecter que j'en ai laissé passer (...) Donc il me semble qu'on est alerte. Est-ce qu'avec les années qui passent je le suis moins... »

- **Et le manque de formation générant un sentiment d'incompétence**

Que ce soit sur la façon de mener l'interrogatoire

P7 : « (...) dans la mesure où il serait réinterrogé, une chose que je savais c'est que plus un récit est raconté, plus il est déformé. Donc dans la mesure on ne l'enregistrais pas, j'avais peur que des questions suscitent des réponses inventées. Je ne savais pas recueillir un discours d'enfant comme ça. »

Ou sur la conduite à tenir

P7 « Un manque de formation juridique, pas savoir quel numéro appeler, pas savoir quelle est la conduite à tenir, parce que je l'avais pas travaillé. »

P9 : « C'était vraiment il y a longtemps hein, il n'y avait pas les formations, on en parlait un peu mais pas beaucoup. (...) La difficulté c'est constater qu'on n'est vraiment pas compétents. »

P10 : "On va dire que tout est délicat, parce que c'est pas forcément une situation qu'on a l'habitude de vivre. Du contact aux parents qui sont sur la défensive, au signalement sur la partie administrative, il y a pas vraiment un domaine sur lequel c'est relativement facile étant donné que c'est pas notre quotidien. »

Parmi les difficultés rencontrées dans l'exercice du repérage, une tension psychologique était palpable dans la majorité des entretiens.

Cette tension, symptôme de l'ambivalence entre l'identification de signes d'alerte et l'illégitimité d'agir, était renforcée par :

- Le manque de preuves,

P6 : « Je peux pas faire un signalement sur des présomptions de comportements inadaptés (...) je sais pas comment dépister les maltraitances autrement que par les constatations. »

P9 : « Moi ma difficulté c'est comment on peut faire ce signalement sans être sûre ? »

Ce manque de preuves était particulièrement mentionné lorsqu'il s'agissait de violences sexuelles.

P11 : « Pour un médecin, même si c'est des violences, l'acte de dénoncer quelque chose est à mon avis compliqué dans le sens où on signale, comme là où ça peut être des doutes, signaler les doutes c'est toujours difficile. »

P14 : « On part sur une agression sexuelle mais sans pénétration, il y a pas de traumatismes, il y a pas eu de coups, il y a pas eu d'hématomes, il y avait pas de critères objectifs à l'examen clinique. Donc ça limitait... »

- La peur de se tromper,

P6 : « (...) la difficulté elle est sur le moment, quand on se pose les questions. »

P8 : « C'est-à-dire ma difficulté à agir et à faire les choses. Donc c'est vrai qu'il faut un petit peu s'interroger, et une fois qu'on a pris la décision il faut y aller. Voilà. »

P11 : « Ce signalement c'est un peu déstabilisant dans le sens où on a l'impression de se mouiller et d'aller non pas au danger, mais malgré tout d'y aller avec une certaine inquiétude (...) la partie la plus difficile c'est de se dire "Est ce que c'est vraiment ça ? Est-ce que je fais pas une erreur ?". »

(2) Les dispositions au repérage

Même s'il leur était difficile de franchir le pas vers l'étape d'un signalement, nombreux praticiens mettaient en avant le devoir du médecin dans la réalisation de cette démarche (6/14).

P5 : « J'ai toujours pensé qu'il était une évidence, qu'il était préférable de faire un signalement "abusif", que de ne pas le faire et de le regretter toute sa vie. »

P6 : « Il y a obligation d'intervenir quoi. »

P12 : « Je lui ai dit que clairement, moi, c'était mon boulot de faire ça, je trouvais que c'était pas normal et j'allais faire un signalement en ce sens. Il y avait pas de discussion possible quoi. »

Au-delà du sens du devoir, le médecin n°5 introduit la notion de responsabilité du médecin si l'enfant n'est pas protégé.

P5 : « Il y a des moments où nous, soignants, on doit prendre nos responsabilités, quoi qu'il en coûte. Tant pis si on se trompe, tant pis. C'est vrai que ça peut être grave. Mais c'est infiniment moins grave que de laisser perpétuer des maltraitances. »

Le praticien n°12 ajoute même qu'en fermant les yeux sur les situations de maltraitance, nous en devenons complices.

P12 : « S'il y a des gamins en souffrance et qu'on en rate beaucoup, nous sommes un peu complices de cette maltraitance finalement. »

(3) L'intérêt d'un repérage précoce

Les médecins interrogés semblaient unanimes concernant l'intérêt d'un repérage précoce, et ce, pour de multiples raisons.

P1 : « L'intérêt? Bah... il est clair et évident. Il est nécessaire. »

P5 : « C'est pas une évidence ça? »

- Pour protéger l'enfant ainsi que la fratrie

P5 : « L'intérêt c'est de servir évidemment l'enfant (...) nous nous devons de protéger les enfants. »

P8 : « L'intérêt c'est justement de protéger les enfants, essayer de les mettre à l'abri des parents maltraitants. »

P14 : « La problématique c'était que ce papa avait une petite de 6 ans à la maison qu'il fallait protéger. Donc c'est pour ça que j'ai un petit peu secoué le cocotier parce que soit disant il faisait pareil »

- Limiter les conséquences sur le développement à long terme en proposant une prise en charge spécialisée

P6 : « L'intérêt ? Si on arrive à dépister des maltraitances de façon plus efficace et ensuite derrière les prendre en charge, à les éviter, ça a évidemment un intérêt. Pour le développement de l'enfant, sa sécurité,...enfin c'est évident. »

P10 : « Ce serait d'intervenir plus tôt, plus on laisse l'enfant longtemps au milieu de ces maltraitances, plus c'est difficile de s'en remettre. Plus on intervient tôt, mieux c'est. »

P11 : « (...) d'intervenir suffisamment tôt pour ne pas qu'elles perdurent et pour éviter qu'après ce soit irréversible. »

- Faire prendre conscience à l'enfant de la réalité des violences qu'il subit

P13 : « Pour que l'enfant comprenne que la personne qui le maltraite n'a pas le droit de le faire aussi. »

- Eviter la répétition d'un schéma éducatif violent...

P3 : « C'est ce que l'on voit chez des jeunes adultes qui vont pas bien, et qui deviennent parents et il y a des choses qui se reproduisent quoi. »

P4 : « Et beh pour éviter que ça continue, pour éviter que ça se reproduise, pour éviter que les raisons pour lesquelles ça s'est produit perdurent (...) C'est de protéger les petits à venir, et puis peut être les autres et puis voilà... éviter que ce soit un schéma qui se répète. »

P13 : « Pour éviter que ça se répète aussi quoi. »

- ... en intégrant le parent dans un réseau de soins.

P4: « (...) une prise en charge psychologique des gens qui maltraitent (...) C'est ce qu'on dit aussi, si le parent est maltraitant, ça n'arrive pas à n'importe qui d'être maltraitant. Ça n'arrive pas comme ça une maltraitance. »

P8 : « (...) parce que bon la maltraitance, en général, il y a deux victimes, enfin moi je le conçois comme ça. (...) si on veut limiter le risque de récurrence sachant comment est organisé le système de protection sociale, sachant qu'on privilégie toujours le lien avec les parents, si l'on ne s'occupe pas des parents maltraitants, en même temps que des enfants maltraités, on ne résout pas le problème après. C'est la porte ouverte à la récurrence après. »

Cependant, on note une certaine ambivalence puisque malgré toutes les raisons énoncées, quatre médecins sur quatorze (28%) semblaient être dubitatifs à l'idée d'introduire un dépistage systématique.

- Par crainte d'être intrusif

P10 : « On est dans une relation de confiance, aborder ces sujets-là qui sont des sujets difficiles, c'est peut-être nécessaire mais c'est aussi poser des questions qui sont assez intrusives et j'ai pas forcément envie que les gens me voient comme un gendarme. »

P14 : « Euh... dépistage. C'est le mot qui... un dépistage permet de lancer le sujet, de lancer des perches. Après un dépistage systématique, je sais pas. (...) je pense qu'il faut l'évoquer dans tes consultations, mais pas imposer. »

- Par peur de ne pas trouver les mots appropriés,

P11 : « Mais je vois pas non plus comment je peux l'introduire dans ma consultation par ailleurs. »

P12 : « (...) mettre en pratique un dépistage un peu systématisé, non j'ai pas vraiment d'idées. Ce serait salubre, mais je vois pas bien comment je pourrais l'intégrer dans ma pratique quotidienne, ça c'est sûr. »

- Ou encore par risque de stigmatiser la violence à une certaine catégorie sociale.

P10 : « Après, réaliser un dépistage ça me paraît tellement délicat dans la mesure où les tableaux sont tellement différents, les profils sont tellement différents, que d'aller cibler

des familles particulières parce qu'il y a quelques facteurs de risque, ça me paraît délicat à mettre en place. »

P11 : « (...) après on risque aussi de stigmatiser parce qu'on va tomber forcément sur des milieux plus pauvres. Comment le faire sans stigmatiser, ça me semble difficile. »

Une inertie au changement était parfois relevée dans les interrogatoires.

P9 : « Mais je l'ai très mal vécu, et on l'a tous très mal vécu parce que mon collègue qui prônait la bonne éducation et tout ça, voilà. Mais ça nous a pas fait réagir forcément, ça nous a pas fait changer. »

P9 : « Mais j'ai eu une gamine où ça ne s'est pas fait et où je pense que ça ne s'est jamais fait [le signalement]. Je regrette. Mais ça se reproduirait je pense que je referai la même chose, je ne le ferais pas. »

P11 : « Même si j'avais un questionnaire avec quelques questions qui permettent d'aiguiller, je suis pas sûr que j'oserais les introduire dans la consultation. Je pourrais peut-être essayer mais j'en suis pas persuadé. »

Un des médecins évoquait d'ailleurs le fait d'avoir modifié ses pratiques après une action de sensibilisation sur les violences, mais était revenu malgré lui sur ses pratiques antérieures.

P5 : « Tu sais quand tu avais fait ton exposé sur les violences faites aux femmes, à l'issue de la réunion, on s'était dit pourquoi ne pas poser systématiquement la question. Alors... je peux parler que de moi, je l'ai fait quelques fois, et puis... je l'ai moins fait, et puis maintenant, je me rends compte que je ne le fais que lorsque je suis alerté. »

Parmi ceux qui étaient favorables à un dépistage systématique :

- Un médecin estimait qu'une consultation dédiée n'était pas appropriée et qu'il convenait de l'inclure dans les consultations de routine.

P2 : « Je trouve qu'il y a déjà beaucoup de consultations de dépistage pour d'autres raisons et que, quand même, on est sensé déshabiller les enfants, leur parler un minimum, et que, à mon sens il n'y a pas besoin de rajouter une consultation qui serait à cette visée-là. (...) je pense que c'est quelque chose qui doit être inclus dans les autres consultations. »

- Aucun d'entre eux n'était à l'aise avec le sujet et trois d'entre eux étaient demandeurs d'outils.

P5 : « C'est quelque chose qui est très complexe. Donc ça pourrait peut-être simplifier d'avoir (...) des axes systématisés. »

P7 : « Moi j'aime beaucoup tout ce qui est protocole, parce qu'on a une route. C'est-à-dire que d'abord, il faut passer trois stop. Ça permet d'être tranquille dans sa consultation. »

P9 : « Je pense qu'il faudrait accompagner les médecins dans une démarche un peu plus adaptée (...) formaliser des consultations de pédiatrie, selon les âges, qui nous

permettraient de mettre des mots adaptés, d'avoir un schéma adapté pour repérer ces gamins. Parce que voilà, les mots que l'on utilise, je pense qu'ils sont pas forcément adaptés au bon moment quand on fait la consultation. »

Synthèse

Les médecins généralistes exposaient leurs difficultés à repérer la maltraitance pour de multiples raisons. Pris dans le rythme des consultations et des tâches administratives, la charge mentale du médecin ne permettait pas toujours de réaliser cette démarche. Par ailleurs, le manque de formation générait chez eux un sentiment d'incompétence.

Le manque de preuves, la peur de se tromper entraînait une forte tension psychologique qui paralysait parfois leur capacité à agir. Le manque de discernement venait de la relation ancienne qu'ils avaient avec leurs patients, et cela semblait s'accroître au fil de la carrière par une baisse de la vigilance. Ce manque d'objectivité était renforcé par leur difficulté à gérer leurs propres émotions et entraînait parfois un manque de neutralité.

Enfin, ils admettaient une forme de méconnaissance de la notion de négligence, et faisaient part de leur difficulté à en délimiter les contours. Cette difficulté sémantique générait chez eux une illégitimité d'action. Pourtant, tous étaient unanimes concernant le devoir du médecin de protéger l'enfant en dénonçant ces violences. La majorité d'entre eux était favorable à l'introduction d'un dépistage systématique mais ne savait pas sous quelle forme l'introduire.

c) Signes d'alerte

Pour la moitié des médecins (7/14), les éléments d'inquiétude étaient rapportés par l'entourage.

P9 : « L'école nous avait appelé parce que le gamin avait un hématome et le gamin a dit "maman m'a frappé". »

*P10 : « La grand-mère avait signalé plusieurs faits justement au médecin de T*** qui pouvaient justement être relatifs à la maltraitance. »*

Dans les cas où les faits n'étaient pas rapportés par une tierce personne, certains éléments alertaient les médecins qui finissaient par suspecter une maltraitance.

(1) Chez l'enfant

Des facteurs de vulnérabilité ont été cités par certains, notamment :

- Les antécédents psychiatriques de l'enfant et de la fratrie

P1 : « Son fils aîné était suivi par une pédopsychiatre. »

P3 : « (...) à nouveau, le petit, le dernier qui a eu des problèmes d'anorexie du nourrisson, à nouveau on pouvait pas le toucher. »

- Le handicap de l'enfant

P13 : « Après je sais que les situations de handicap sont des situations de facteurs de risque, surajoutés en tout cas, enfin j'avais cette notion-là. »

- Le fait d'être enfant non désiré

P7 : « C'était une maman qui était venue pleurer dans ma salle d'attente pendant qu'elle était enceinte de son petit garçon des années avant, parce que son mari n'en voulait pas. »

P 10 : « C'était l'aînée qui était à l'origine non désirée. »

Les médecins interrogés semblaient plus à l'aise face à des éléments objectifs qui suscitaient moins de doutes. Parmi ces éléments objectifs ils ont évoqué :

- Des lésions en tout genre : hématomes, plaies, griffures, brûlures, condylomes

P1 : « (...) c'était une gamine qui avait des condylomes autour de l'anus, à 9 ans quoi ! »

P4 : « Il était tombé dans le fossé, et il avait des lésions, des égratignures, des bleus, des griffures, un peu partout. »

P5 : « (...) son enfant qui avait la main brûlée... brûlure au 2ème degré superficiel. »

P9 : « Un coup de cravache ça se voyait. »

- Des violences verbales au cours de la consultation

P3 : « (...) elle s'est mise à hurler sur le petit »

P5 : « Là où je me suis posé beaucoup plus de questions c'est quand je vois des parents qui hurlent sur leurs enfants, que je sens épuisés »

- Les réactions de peur de l'enfant

P3 : « Et j'avais le grand frère qui était en face de moi, et qui s'est saisi et qui s'est collé contre le mur et qui rasait les murs et qui bougeait plus, et qui avait vraiment peur. Une

peur quoi [lève les sourcils]. »

P4 : « C'était un enfant, je me souviens plus de son âge: 3-4 ans, 4-5 ans, qui avait l'air apeuré »

P5 : « Je pense qu'il avait à peu près 5 ans, il était douloureux, effrayé. »

Les troubles du comportement de l'enfant étaient souvent rapportés.

P2 : « En fait c'est une petite fille qui avait des tics. Elle s'arrache les cheveux. Et ça je l'avais repéré en consultation qu'elle tirait beaucoup sur ses cheveux. Et on s'est posé la question si elle ne se pinçait pas. »

P9 : « (...) ça va être des troubles du comportement, ça va être des problèmes de comportement à l'école, dans la famille. »

A contrario, être face à un enfant trop sage attirait l'attention de certains médecins.

P3 : « (...) ce qui m'a alerté c'est qu'à chaque fois elle amène ses deux enfants, elle est excédée par ses deux enfants à chaque fois, qui sont sages, hyper mignons et qui rasant les murs. »

P9 : « (...) je la trouvais trop carrée, trop... parce que ces gamins c'était nickel, ils mouftaient pas. Ça ça me... [grimace]. Mais bon, c'était une très bonne éducation m'a dit mon collègue [ironise, sourit]. »

Toute rupture avec l'état antérieur devait faire rechercher une maltraitance selon une partie des médecins, notamment :

- Le changement de comportement

P3 : « Les fois où ça nous a mis la puce à l'oreille c'était le comportement. L'enfant va être agité par rapport à d'habitude, une fois j'en ai eu un qui était debout sur la table d'examen accroché au néon en train de jouer à la baguette. »

P5 : « J'essaie de voir ce qui est nouveau. »

P 13 : « C'est arrivé une ou deux fois, et j'ai pas pu savoir qu'est ce qui avait contribué à ce changement de comportement. Est-ce que c'était un problème scolaire, ou est ce qu'il y a autre chose avec une personne malveillante dans l'entourage ? »

- L'encoprésie

P5 : « Par exemple, il allait à la selle et maintenant il y va plus, ou il se planque pour aller à la selle ou des choses comme ça. »

- Ou les troubles de l'humeur.

P3 : « (...) à côté de ça elle était d'une résignation...elle glissait pas un mot quoi. Elle était complètement prostrée par rapport à d'habitude alors que c'est une petite fille joyeuse. »

P5 : « La prostration d'un gamin qui habituellement est tout à fait confiant avec moi, c'est quelque chose que je ne comprends pas donc je vais poser des questions, ou je vais essayer de comprendre de quelque manière que ce soit. »

P10 : « Ça peut être après des éléments dépressifs avec un langage relativement triste. »

Les troubles de la croissance et du développement psychomoteur étaient régulièrement mis en avant :

P2 : « Souvent ce sont des enfants qui ont des croissances pas simples (...) une petite fille qui grandit pas beaucoup, qui grossit pas beaucoup. »

P8 : « (...) un certain retard d'acquisition d'un enfant. »

La répétition de symptômes d'apparence bénigne ne découlant pas sur un diagnostic précis, et ce, malgré les explorations réalisées, avait tendance à alerter les médecins.

P2 : « Et c'est des enfants qui ont systématiquement mal au ventre en allant à l'école donc ils viennent consulter le lundi matin, ou qui viennent au retour des vacances alors que ça allait très bien pendant les vacances puis ça ne va plus après. »

P2 : « Ça faisait trois ans que je lui faisais faire des bilans parce que je la trouvais triste, je la trouvais un peu maigre, je trouvais qu'elle ne souriait pas beaucoup et je cherchais des signes de carences, des signes de machin. (...) Elle avait des angines, de la fièvre, une grosse fatigue, très mal à la tête. Bon et il n'y avait jamais rien en fait. »

P5 : « Des symptômes récurrents qui peuvent paraître "banaux" : les maux de tête récurrents, les absences répétées, qui ne découlent pas obligatoirement sur un diagnostic précis à mon cabinet. »

Le silence de l'enfant apparaissait à la fois comme un frein au repérage mais aussi un élément qui pouvait alerter. Le médecin n°7 qui nous a confié avoir lui-même subi des violences, a insisté sur ce point.

P2 : « Elle raconte rien cette petite fille, elle raconte rien. (...) Elle racontait pas qu'elle pleurait chez son père, elle racontait pas qu'elle pleurait chez sa mère, elle racontait rien. »

P7 : « L'enfant peut l'exprimer (...) par des... par des silences. Rarement par la parole. »

P7 : « Alors, c'est personnel mais je dirais qu'en tant qu'enfant on est très nombreux à avoir subi des violences, et que je sais que de mon expérience à moi, c'est la seule que j'ai, on en parle pas. On en parle 30 ans après.(...) On avait 30 et 32 ans et on en a jamais parlé. Jamais. Jamais. Jamais. »

L'opposition à l'examen clinique a été relevé par le médecin n°3, que ce soit de la part de l'enfant ou de la part du parent lui-même.

P3 : « (...) pour lui enlever la couche c'était impossible de la toucher, elle avait les jambes tellement serrées, collées, impossible de la toucher. »

P3 : « Elle [la maman] voulait pas le déshabiller non plus donc... du coup moi moins on veut les déshabiller et plus je trouve que c'est suspect donc... »

(2) Contexte socio-familial

La notion de déséquilibre familial par le biais d'une famille recomposée, d'une séparation récente ou d'une monoparentalité était fréquemment relevée au sein des entretiens.

P1 : « (...) contexte familial un peu compliqué, elle a un premier enfant d'une première union, deuxième enfant d'une deuxième union, et là elle se séparait du père de sa fille. »

P5 : « Parents séparés, depuis peu. »

P8 : « C'était une maman qui vivait seule »

*P10 : « C'était une fille qui était à moitié chez ses parents et qui passait la plupart du temps chez sa grand-mère qui est du côté de T*****. »*

L'âge du couple parental et leur immaturité a été relevé par un des médecins.

P4 : « (...) un jeune couple qui faisait très jeune, qui faisait un peu immature »

Trois des médecins évoquaient des sévices perpétrés sur des enfants alors même qu'ils étaient déjà placés en famille d'accueil.

P3 : « (...) c'était pas les parents elle était en famille d'accueil. »

P7 : « (...) c'était un enfant à l'époque du foyer familial. »

*P11 : « Il était en famille d'accueil à côté de G***** »*

Une conjugopathie était avérée dans la plupart des cas présentés (9/14), et parfois lorsqu'elles étaient détectées, des violences conjugales étaient associées.

P5 : « J'ai par ailleurs demandé à la maman si elle même était victime de maltraitance. Alors elle m'a dit non. C'était un "non" beaucoup plus faible que pour les dénégations par rapport à l'aîné. »

P6 : « Il y avait manifestement des violences conjugales également. »

P8 : « Une maman qui était en grosse difficulté dans son couple, je sais qu'ils avaient des relations difficiles (...) Donc il y avait peut-être des maltraitances conjugales dans cette famille-là. »

Une relation à l'enfant inadaptée, dépourvue d'affect, ou avec négligence du lien maternel semblait alerter certains médecins.

P4 : « Moi je suis très étonné quelques fois de la violence, et quelques fois pas forcément la violence, mais... comment dire, de l'inaffectivité, enfin un espèce de mot qui recouvre un manque d'amour et d'affection pour certains enfants. »

P7 : « Et la troisième chose que j'assimile à une maltraitance actuellement, c'est que les mères (...) sont sur leur portable sans arrêt. Pendant les balades de la poussette, pendant l'attente dans la salle d'attente, ... il n'y a plus de regard en vis-à-vis. »

P8 : « (...) une relation qui paraît particulière entre les parents et l'enfant »

Le médecin n°10 évoquait par ailleurs des différences de traitements dans la fratrie.

P10 : « Il y avait une grosse différence de traitement par rapport à sa sœur, en terme de chambre je crois que la petite sœur avait sa chambre, elle dormait dans un coin du salon, il y avait des éléments de type alimentaires également... enfin voilà. »

Devant une précarité sociale, certains médecins étaient plus vigilants.

P1 : « (...) situation compliquée, séparation, précarité... »

P6 : « Donc c'était un couple dans une situation psychosociale très compliquée hein (...) des patients relativement marginaux (...) des conditions de vie qui pouvaient être en elle mêmes préoccupantes : à trois sur un matelas au sol dans un petit appartement, dans des conditions d'hygiène qui étaient... [grimace] »

P11 : « Si on est dans un milieu très pauvre avec une sous culture et un niveau social très très bas, on peut considérer malgré tout que c'est une violence faite aux enfants parce qu'on leur apporte pas forcément tout. »

Pour le médecin n°8, cibler un milieu précaire était un risque de stigmatisation, mais surtout un risque de passer à côté d'autres situations de maltraitements, la violence touchant toutes les catégories sociales.

P8 : « Je pense qu'il faut qu'on en ait conscience les uns et les autres parce qu'on est tous susceptibles d'avoir ce blocage psychologique "ah ben non ça peut pas être lui", c'est un frein réel je pense. On a plutôt tendance à voir la maltraitance chez les gens qui sont en situation de précarité, que chez les gens qui sont reconnus et parfaitement reconnus. »

(3) Attitude parentale

L'instabilité psychologique ou l'irritabilité excessive parentale étaient souvent mises en avant par les médecins.

P3 : « (...) je sais que c'est toujours hyper compliqué et qu'elle a un trouble psychiatrique en dessous (...) en consultation elle criait toujours beaucoup, elle était toujours sur la défensive, énervée. »

P5 : « C'était une maman qui était très mal, très rapidement en larmes. »

P8 : « C'est-à-dire que souvent les parents maltraitants, ne sont pas des gens qui sont dans une situation psychologique [mime des guillemets] normale. Donc c'est des gens qui sont en souffrance souvent. »

Un antécédent de délinquance incitait à plus de méfiance de la part de certains.

P6 : « Des patients relativement marginaux avec un père qui sortait de prison... »

P11 : « Le papa était mis en prison pour attouchements. »

Certains praticiens évoquaient un comportement parental inapproprié, ou un malaise palpable lors de la consultation.

P4 : « (...) j'ai senti que la maman était pas très à l'aise. »

P5 : « (...) une attitude inappropriée comme disent les américains. »

P6 : « Il y avait des comportements parentaux qui étaient manifestement inadaptés. »

La présence d'addictions parentales en tous genres était fréquemment évoquée.

P5 : « C'était un militaire (...) qui avait de gros gros soucis avec l'alcool »

P6 : « (...) un père qui sortait de prison, qui avait des troubles du comportement, agitation, toxicomanie, ... »

P8 : « (...) un papa portugais, maçon, avec une consommation d'alcool importante »

P13 : « (...) une dépendance aux opiacés, au moins de la part d'un des deux parents. »

Deux médecins ont rapporté des exigences excessives vis-à-vis des enfants, pourvoyeuses d'une grande souffrance psychologique.

P2 : « Très sévère, et très à la demande d'une enfant parfaite »

P2 : « C'est une petite fille qui grandit pas beaucoup, qui grossit pas beaucoup, qui fait des activités chez son père parce qu'il l'oblige à les faire. »

P9 : « Mais j'avais pas de problème particulier, je la trouvais trop carrée, trop... parce que ces gamins c'était nickel, ils mouftaient pas. Ça ça me... [grimace]. »

Dans certaines situations, une grande pression psychologique était notée chez l'enfant, mise sur le compte d'une instrumentalisation de celui-ci au sein du conflit parental.

P2 : « La mère l'a amené avec le motif qui était sa propre anxiété, qu'elle lui transmettait brillamment. »

P2 : « C'est plutôt un cas de maltraitance psychologique, avec des parents qui font pressions des deux côtés sur elle (...) Ça se voyait qu'elle avait beaucoup de pression. »

P7 : « (...) soit par mésentente dans le couple, avec des peurs, avec des angoisses de disparition, de séparation, que pour moi j'assimile à une très grande violence psychologique. »

(4) Vraisemblance des explications fournies

Si les explications semblaient tangibles par rapport aux faits constatés, les médecins étaient amenés à s'interroger. Il pouvait s'agir :

- D'explications incohérentes, des faits allégués trop précis ou trop développés

P3 : « (...) quand il n'y a pas d'explications claires, que le discours s'embrouille, qu'il n'y a pas forcément d'explications ou que ça me semble pas forcément cohérent. »

P4 : « L'impression que je ne comprenais pas ce qu'on me racontait par rapport à ce que je voyais, plus que sur des critères objectifs ou sur une analyse sémiologique un peu systématique (...) Qu'est-ce qu'il avait besoin de me raconter qu'ils venaient d'Agen, et qu'ils s'étaient arrêtés sur la route pour aller faire pipi ? Enfin je trouvais qu'il y avait trop de détails. »

P5 : « Les entretiens qui me paraissent foireux une fois, deux fois, avec les parents, ou la famille, ou l'entourage (...) les explications qui viennent sans que je les ai demandées. (...) Même s'il arrive couvert de bleus le gamin, et qu'on me dit "Olala mais quel casse coup !" Si on me dit quel casse coup alors que j'ai rien demandé... je vais fouiller. »

- La discordance entre la richesse du discours et la pauvreté de l'examen clinique...

P4 : « J'avais l'impression qu'il y avait trop d'explications illogiques. Il est sorti de la voiture, il est tombé dans le fossé. Je... je crois me souvenir que ça faisait beaucoup d'explications pour un gamin qui était pas si mal que ça. »

- ... ou l'inverse.

P6 : « C'était pas du tout l'enfant qui a un bleu sur le genou quoi. C'était une succession à différentes consultations de traces, pas expliquées correctement par les parents »

P12 : « Je relève la mèche des cheveux et je vois une ecchymose importante au niveau de la joue. Je suis étonné, je demande à la maman ce qui s'est passé, et elle me dit "ah oui, ben elle marque facilement, je me suis un peu énervée, des fois elle est insupportable". Quand je regarde l'autre tympan, je relève la mèche de cheveux, et pareil. Une ecchymose aussi mais le truc quand on voit ça, à moins d'avoir un trouble de la coagulation, il faut taper fort quand même je pense. »

(5) Suivi médical

Les médecins interrogés portaient une attention particulière au suivi médical des enfants, qu'il s'agisse d'une surconsommation de soins, une demande excessive d'examen non justifiés, ou au contraire d'une absence de suivi (notamment chez les nourrissons). L'absence de vaccination était un facteur surajouté pour l'un d'entre eux.

P2 : « Chez les petits enfants, est ce que le suivi de santé est fait? Donc c'est des enfants qui ne viennent pas consulter »

P3 : « C'est une maman qui est aide-soignante et qui avait demandé plein d'examen pour son enfant, ça n'allait jamais. »

P8 : « (...) hospitalisations de manière répétée aussi »

P14 : « La surmédication, les vaccinations on fait attention, et aussi le nombre de fois où ils viennent voir le médecin. »

Le nomadisme médical était également un mode de consommation de soins qui alertait les professionnels.

P2 : « (...) c'est des enfants qui errent d'un médecin à un autre. »

P10 : « Du coup elle était suivie par deux médecins, moi-même et un médecin de T***. (...) Et en ayant beau mettre un mot dans les dossiers c'était toujours difficile d'avoir un suivi très régulier, encore plus quand c'est sur deux cabinets différents. »

P14 : « Donc je me méfie toujours des gens qui changent de médecin "l'autre médecin il a pas fait ci, il a pas fait ça..." Et là pouf, dès la deuxième consultation il y a peut-être une notion de maltraitance. »

Le mode de présentation des consultations était un élément important pour certains médecins qui avaient tendance à se méfier des consultations dites urgentes, ou des annulations trop fréquentes en dernière minute.

P4 : « Je me méfierais de ces consultations un peu urgentes, ou un peu entre deux. Ils arrivent un peu entre deux rendez-vous, à la limite ils laissent pas le temps. Ils laissent pas le temps au médecin de se poser. (...) Je me méfierais un peu de ce... de ce comportement. Parce que, c'est calculé ou c'est pas calculé, mais c'est pas pour rien qu'ils choisissent cette façon de l'amener en visite. »

P7 : « Alors ça se passe souvent comme ça. A midi. Ou à... la dernière consultation, ou le soir à 20h, ou en garde à 22h. Parce que les personnes redoutent redoutent redoutent »

P10 : « C'était le genre de patient qui venait sur des consultations d'urgence ou semi-urgence, donc l'interlocuteur changeait relativement régulièrement. »

P14 : « Par exemple, si je vois des patients qui annulent au dernier moment un peu trop souvent, ce qui avant m'énervait, maintenant me met la puce à l'oreille en me disant "Pourquoi il n'est pas venu ?". Quand c'est au dernier moment et qu'on oublie de venir sans prévenir, je fais un peu plus attention. »

La non réalisation d'examen ou de traitements médicaux prescrits semblait alerter certains médecins, de même que la mise en échec fréquente des prises en charges proposées.

P3 : « Et du coup tu vois elle est même pas allée faire la prise de sang. Elle y est allée que 3 jours après (...) »

P3 : « Et je l'avais envoyé déjà voir la psychologue... mais elle n'y était pas allée. (...) elle fuit tout ce qui est psy, tout ce qui est traitement. Elle met souvent en échec. »

P7 : « (...) lorsque des enfants sont très petits et où les parents voulaient pas faire toute la démarche de l'hormone de croissance. »

P10 : « C'était ça, principalement, mais après surtout sur les faits de la chute d'IMC et que les parents ont pas du tout souscrit justement à réaliser les explorations alors que la courbe continuait de chuter, c'est ce qui nous a poussé à faire la déclaration. »

(6) Intuition du médecin

Le phénomène de maltraitance n'étant pas toujours évident, parfois l'intuition du médecin permettait d'orienter le diagnostic.

P4 : « Je m'appuyais un peu à l'instinct. C'est à dire l'impression qu'il se passait quelque chose. »

P5 : « Tout ce qui peut paraître à l'enfant ou à moi-même, et surtout à moi-même en l'occurrence, hors des clous. (...) c'est des choses qui sont parfois impalpables. »

P6 : « Finalement c'est une succession de consultations où j'ai senti qu'il y avait un gros malaise, et un danger pour cet enfant. »

P9 : « Je pense que l'œil, en tant que médecin on l'a quand même, c'est du ressenti »

Synthèse

Dans la moitié des cas de maltraitance rapportés, les médecins étaient alertés par l'entourage. La maltraitance infantile ne semblait représenter qu'une faible part de leur activité, ce qui explique vraisemblablement que très peu de médecins faisaient l'exercice du repérage.

Néanmoins, de nombreux éléments semblaient attirer l'attention de ces derniers. Les plus fréquemment évoqués étaient : le déséquilibre familial, la souffrance psychologique parentale, une rupture avec l'état antérieur dans le comportement de l'enfant, la vraisemblance des explications fournies, et le mode de consommation des soins, notamment le mode de présentation des consultations.

Le phénomène des maltraitances étant parfois difficile à cerner par le médecin lui-même, son intuition gardait une place importante dans ce repérage.

d) Stratégies adaptatives du médecin pour améliorer le repérage

Bien qu'ayant le sentiment d'être peu confrontés à la maltraitance, les médecins ont, parfois inconsciemment, développé des stratégies pour les repérer.

(1) Vis-à-vis des enfants

L'importance d'établir un lien de confiance avec l'enfant semblait être largement partagée par les médecins interrogés. Créer un refuge pour les enfants leur semblait essentiel :

- En leur signifiant qu'ils seraient écoutés s'ils avaient besoin de se livrer, même en amont de tout acte de maltraitance suspecté,

P1 : « Au moins, que l'enfant sache, que le jour où il se passe quelque chose, il pourra m'en parler, et que les parents aient entendu que je serai vigilante sur ce genre de choses. »

P9 : « Ah beh c'est un intérêt majeur, de pouvoir libérer la parole, de pouvoir ouvrir une porte, _c'est un peu ce qu'on fait quand on pose la question_ de pouvoir ouvrir une porte à ces gosses, leur dire qu'on sait que ça existe, que ça peut arriver, de pouvoir au moins verbaliser ces choses quand on les voit arriver en consultation. Ça me paraît essentiel, oui oui tout à fait. De les mettre en confiance ici pour pouvoir en parler s'ils en ont éventuellement besoin. »

P14 : « Essayer de me présenter en tant que Docteur, de lui dire "tu peux rester avec le Docteur, tu peux parler, tu peux tout dire" (...) surtout je leur dis "le moindre problème tu peux venir voir le Docteur", ça c'est assez facile. »

- En leur signifiant qu'ils ne seraient pas jugés,

P14 : « Une victime va toujours s'autoculpabiliser, donc dans ta relation avec le patient si tu mets "jamais je vous culpabiliserais", c'est plus facile à discuter. »

- En leur laissant un espace de parole lors des consultations.

P1 : « Eh bien, pourquoi pas poser directement des questions aux enfants. (...) Pour moi il faut poser directement la question aux enfants. »

P2 : « De parler aux enfants comme des petits êtres humains sensés et intelligents, et qui sont capables de donner des réponses. Et de ne pas essayer de deviner. Ils sont capables de parler si on leur laisse le choix de parler. Je pense. »

P7 : « Il ne parlait pas. L'enfant n'a pas parlé... ou on ne l'a pas laissé parler. »

Afin de faciliter le dialogue, l'entretien seul à seul a été proposé à plusieurs reprises, en faisant sortir le parent de la salle de consultation.

P2 : « Je l'ai interrogé avec sa mère, et je l'ai interrogé sans sa mère. J'ai demandé à sa mère de partir quelques instants. Ça n'a rien changé à la conversation. Pas d'élément supplémentaire. (...) Je fais sortir les parents pour les ados. Je demande aux parents de sortir, systématiquement. »

P6 : « Ça m'est arrivé de m'adresser à des enfants ou à des mineurs pour essayer d'explorer ce champ-là, en l'absence des parents, des adolescents, ou des pré-adolescents, devant aussi des marques, ou des attitudes étonnantes, de repli par exemple ou de dépression, des choses comme ça. (...) je pense que c'est des ouvertures du style "est ce qu'il y a des choses que tu gardes pour toi ?" "est-ce que tu as vécu des choses extrêmement douloureuses ?" "est-ce qu'il y a des choses que tu peux pas dire devant tes parents que tu veux me confier ?" »

P9 : « Alors déjà, on arrive à voir les enfants séparément. Ça c'est une chose qui est quand même importante. »

Cependant, le jeune âge de l'enfant paraissait être un frein à cette pratique.

P3 : « Après chez les adolescentes sur des choses comme le harcèlement, j'essaye de les voir seule (...) mais les tous petits, c'est compliqué. »

P9 : « Après voilà, les plus petits je les vois pas seuls hein. Je n'ai jamais demandé à voir un petit tout seul. »

P14 : « Pour une consultation avec une petite de 3 ans, on a toujours gardé la mère. La petite ne voulait pas rester toute seule avec un nouveau Docteur, sachant que la mère d'elle-même s'est proposée de quitter le cabinet et être à côté. Et là, la petite pleurait donc on l'a pas fait. »

Qu'il soit proposé chez le jeune enfant ou l'adolescent, ce mode de fonctionnement apparaissait néanmoins délicat à intégrer pour deux praticiens.

P1 : « Ça c'est ma déformation d'être passé aux urgences pédiatriques, il faut toujours qu'il y ait un adulte avec moi. Et même, je me sens mal à l'aise des fois, (...) j'ai toujours peur de ce que peut raconter l'enfant après. »

P10 : « Ça me paraît délicat chez les tous petits, accompagnés des parents, on l'a toujours en

tête hein, devant des hématomes, des chutes (...) chez les plus grands arriver à isoler l'enfant pour avoir éventuellement un ressenti de l'enfant sans les parents à côté c'est quand même délicat à incorporer dans une consultation lambda.»

La posture du médecin était importante dans l'établissement de la relation de confiance. Ainsi, le médecin n°14 a précisé qu'il utilisait des éléments de communication non verbale pour mettre l'enfant à l'aise.

P14 : « J'ai tout un tas de comportements, un peu plus empathique, au niveau de la voix, au niveau du regard, mais au niveau du langage pas forcément. Ce serait plus du non verbal que du verbal pour moi. »

L'utilisation de supports ludiques tels qu'un nounours ou un dessin a été évoqué par certains pour faciliter la parole.

*P3 : « (...) essayer d'avoir le récit, de savoir ce qui s'est passé, en prenant un support, en prenant autre chose. (...) N*** il a un nounours dans son cabinet. Et par exemple la petite fille qui avait eu des attouchements, ben... du coup l'idée c'était de le montrer sur le nounours. »*

P14 : « Et lors d'une deuxième consultation, la petite est revenue avec un dessin. Ça n'a pas été très pertinent parce que sur le dessin il y avait rien de particulier, rien de significatif. Elle a pas trop évoqué son papa. »

(2) Vis-à-vis du parent

Parfois les parents étaient dans le déni de ce qu'ils faisaient subir à leurs enfants parce qu'eux-mêmes n'avaient pas identifié leurs propres difficultés dans leur rôle de parent. Ainsi pour certains médecins, identifier la difficulté parentale avec des outils validés pouvait être une stratégie. C'est ce que rapportait le médecin n°3 concernant une patiente en dépression du post partum, à qui son collègue avait fait réaliser une échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Cet outil lui a permis non seulement de pointer du doigt la difficulté que rencontrait la mère pendant cette période, et aussi d'augmenter son adhésion à la prise en charge.

*P3: "*** m'a dit qu'elle avait pris le temps d'y réfléchir et il lui a fait une échelle HAD et elle a reconnu que finalement ça n'allait pas. »*

Certains médecins veillaient à garder malgré tout une attitude empathique vis-à-vis des parents qu'ils suspectaient de maltraitance.

P3 : « (...) je lui ai dit "je trouve que vous êtes fatiguée aujourd'hui." Elle m'a répondu "Oui j'en peux plus". Alors je lui ai dit "Et bien ce serait bien que vous reveniez en consultation, et qu'on vous voie en consultation rien que pour vous, et qu'on fasse un bilan". Parce que ça les bilans, elle adore [sourit]. »

P8 : « (...) "vous savez, c'est quand même étonnant que le premier ait déjà eu ça, le deuxième aussi, est ce que les choses se passent bien à la maison ? Est-ce que de temps en temps vous

n'êtes pas un peu débordée ? ” Donc on a réussi à parler de sa situation de mère célibataire isolée, de ses difficultés, elle a tout de suite pu parler de ça.(...) j'ai bien senti que c'était une ouverture pour pouvoir parler plus tard quoi. »

L'écoute active avec absence de jugement semblait être une attitude adoptée par plusieurs des médecins interrogés.

P7 : « C'est-à-dire que j'ai recueilli, j'ai écouté, je me suis tue, j'ai pas posé de questions. J'ai relancé : "ah bon vous croyez ? " [Sourit] Là je me suis sentie quelque part très professionnelle. »

P8 : « Et puis, beh toujours voilà, cette fameuse attitude empathique envers les patients pour leur permettre de dire les choses. (...) De ne pas être dans une attitude de jugement, mais plutôt dans une attitude d'écoute. »

P14 : « C'est une enquête donc il faut des faits établis. C'est une enquête donc tu reposes la même question, tu la reposes plus tard pour savoir si on te dit la même chose, tu essaies de comprendre ce que le patient veut te dire, tu cherches à savoir s'il a bien compris ta question, des trucs qu'on apprend à l'école quoi. »

Le rôle de "médecin soutien" transparaît à plusieurs reprises au sein des entretiens. Paradoxalement, les médecins avaient la sensation d'être une personne ressource pour les familles qui évoquaient leur difficulté à demi-mots.

P5 : « Ce que j'ai vu chaque fois, c'est que les parents, les 2 ou 3 fois où c'est arrivé, c'est que les parents y étaient contraints, et soulagés [d'en parler]. »

P5 : « (...) sauf que quand le papa est arrivé, je l'ai fait rentrer, je lui ai demandé ce qu'il se passait, il m'a dit qu'il savait que j'avais fait un signalement. (...) et bizarrement, il m'a remercié en me disant que ça pouvait plus durer.»

P7 : « Venir en soutien, de l'épuisement qui pourrait entraîner un manque de soin. »

P8 : « Je pense que d'une certaine manière c'était un appel à l'aide (...) je me rappelle juste effectivement d'avoir senti non pas que je l'agressais mais que d'une certaine manière ça la libérait qu'on puisse en parler... ce qui est aussi paradoxal, hein. (...) Je l'ai sentie presque contente de ça, qu'enfin quelqu'un lui dise "c'est pas normal". »

Au-delà du soutien apporté, certains proposaient un véritable accompagnement des familles.

P13 : « Je lui ai dit que les propos étaient graves, que je les entendais, qu'elle avait besoin d'aide, et que dans ce cadre-là il était nécessaire qu'elle ait une aide en plus. Elle avait déjà vu une psychologue. (...) Je lui ai juste dit que j'allais contacter la PMI (Protection Maternelle Infantile) pour qu'elle puisse être mise en relation avec un psychologue de la PMI pour l'aider, plus dans une solution d'appui. »

P14 : « Je lui ai proposé de l'accompagner. Que ce soit la démarche médicale, on a pris rendez-vous ensemble à la PMI, on l'a rappelé après, pendant une semaine je l'ai appelé tous les jours pour savoir où on en était, ce qu'elle ressentait. »

Lorsque l'entourage passait aux aveux, le médecin n°14 soulignait l'importance d'encourager cette démarche et de déculpabiliser.

P14 : "Déjà, je l'ai pas culpabilisé, parce qu'elle culpabilisait de laisser sa fille chez son père donc je lui ai dit que non. (...) Je l'ai quand même félicité parce qu'il fallait en parler. »

(3) Rester neutre et s'adapter : deux atouts

Durant tout le processus de repérage, deux qualités apparaissaient essentielles pour les médecins interrogés :

- Faire preuve de neutralité

Face à certaines situations, les médecins rapportaient parfois certaines difficultés à contenir leurs émotions. Comme l'a bien résumé le praticien n°5, « nous sommes des êtres humains faillibles ». L'adoption d'une posture la plus neutre possible semblait s'avérer avantageuse tout au long du suivi : de l'interrogatoire à l'examen clinique, jusqu'à la proposition de prise en charge.

P5 : « (...) notre métier c'est d'avoir un regard bienveillant (...) écouter de manière neutre et bienveillante les gens qu'on connaît très très bien. »

P14 : « (...) je pars toujours du principe que peut être ce qu'on me dit est faux. Je m'impose du recul maintenant. Je pars du principe que j'ai une version de l'histoire, je me remets en tête le contexte : une séparation donc, par définition peu de nuances car il y a un parti pris. (...) Donc est-ce qu'elle veut faire payer quelque chose à papa ? Je me méfie de ça surtout. Et ne pas avoir le rôle de chevalier, donc c'est pour ça : j'écoute, l'affect je le mets vraiment derrière. »

Certains des interrogés soulignaient l'importance de rester à leur place de médecin, en sachant déléguer à la justice ce qui lui incombe.

P5 : « Nous sommes juste des médecins, un peu comme la caméra des supermarchés tu vois, on a pas à interpréter. (...) Je me suis toujours dit, et j'ai toujours dit à tout le monde nous ne sommes pas des juges, nous sommes juste des informateurs. »

P6 : « Je pouvais pas tirer des conclusions seul et par moi-même. Il fallait qu'il y ait une démarche plus judiciaire, expertise, etc. »

P7 : « Je savais aussi que j'allais passer la main. Et que j'allais expliquer à la maman les raisons pour lesquelles j'allais passer la main. (...) j'ai dit très clairement : "C'est une situation qu'il faut analyser, il faut des gens compétents, il faut un service social, il faut être plusieurs. Moi j'ai pas les connaissances, je suis pas pédiatre, je recueille votre inquiétude." »

En effet, le médecin n°5 a évoqué son premier contact avec un enfant maltraité. Son attitude accusatrice ne l'avait pas servi et n'avait pas servi l'enfant, raison pour laquelle il insistait sur l'importance de rester neutre.

P5 : « J'ai... j'ai... comment te dire. J'ai fait le rôle du médecin, du juge, du juge d'application des peines, (...) j'ai complètement outre passé. C'est à dire que je n'ai pas signalé, j'ai dit à la personne maltraitante que ce qu'il faisait était une aberration, que c'était passible des assises, et qu'il fallait se faire soigner, qu'il était malade, et que je m'assurerai qu'il soit bien soigné, donc il fallait voir le psychiatre dans les meilleurs délais et que je m'assurerai qu'il ait bien vu le psychiatre »

- Faire preuve de souplesse

Cette qualité semblait importante pour plusieurs médecins et ce, à différents niveaux de la prise en charge :

○ S'adapter à la gravité de la situation

P2 : « Elle n'était pas en danger vital cette petite fille. Voilà donc il fallait faire les choses un peu bien et pas l'envoyer aux urgences et faire intervenir les services sociaux dans la minute quoi. »

P3 : « Après j'avais pas un doute de mise en danger direct, sinon je pense que j'aurais fait un signalement ou je l'aurai envoyé directement en pédiatrie pour qu'ils fassent la part des choses. »

Ce point permettait notamment dans certains cas, d'éviter une rupture de suivi.

P4 : « J'aurais pu attendre le lendemain, contacter la PMI, voir quelqu'un et mettre en route un suivi au niveau d'un CMP, à l'époque ça marchait beaucoup mieux. Mais c'est rentrer dans un processus disons un peu long et il risquait de s'en échapper. »

P9 : « De toute façon lui a été dégradé je crois, et ils sont partis dans une autre région très rapidement. »

○ S'adapter au contexte émotionnel

P5 : « Il était douloureux, effrayé. Elle était douloureuse, effrayée, elle savait plus où elle était. Donc on est resté tout le temps tous les trois. (...) Donc voilà, non j'ai pas isolé le gamin, j'ai pas isolé la maman. »

P6 : « Mais je n'ai pas cherché à les séparer. C'était un enfant en bas âge, qui n'avait pas de mouvement de recul par rapport à ses parents »

○ S'adapter au patient

P8 : « C'est plutôt des questions ouvertes en général, qui sont adaptées en fonction de la personne et de la situation. »

P14 : « après tu essayes de t'adapter au langage du petit, la fille avait que trois ans, ... »

- Discuter l'intérêt des examens

Cela était particulièrement notifié lors des violences sexuelles, pour lesquelles un examen clinique n'avait pas toujours son intérêt puisqu'un examen ultérieur serait réalisé par un médecin légiste ou un gynécologue.

P7 : « J'aurais été incapable à ce moment-là, d'examiner l'enfant, d'autant que je savais qu'il serait examiné après, et que je trouvais que c'était des gestes qui n'auraient rien apporté. »

P14 : « Après l'examen était très succinct. J'ai prévenu dès le début que j'allais pas faire un examen très poussé. J'ai juste examiné la zone génitale, pas de palpation mais juste inspection. »

(4) Devenir systématique

Intégrer à la consultation pédiatrique des pratiques reproductibles appelées à devenir systématiques pouvait permettre, selon les praticiens interrogés, de repérer les maltraitances de façon plus efficace.

P5 : « Justement, d'être un petit peu systématique. Cette systématisation nous permettra justement, on parlait tu sais de lever tous les barrages conscients ou inconscients qui pourraient lever l'alerte. »

Certains médecins proposaient de penser à une éventuelle maltraitance devant chaque enfant.

P3 : « Sur le repérage je pense qu'il faut y penser de manière systématique en fait. Ce qui nous amène à être un peu parano mais... oui il vaut mieux y penser de manière systématique. »

P4 : « Y penser, être hyper attentif »

P5 : « (...) on doit toujours être bienveillant et à la fois suspicieux. Suspicieux, j'utilise le terme péjoratif à dessein... ça peut paraître antinomique, mais il faut qu'on soit en alerte. Tout le temps. »

La fréquence des violences intrafamiliales associées aux situations de maltraitances infantiles amenait certains médecins à dépister les violences conjugales de façon systématique.

P7 : « Je pense qu'il faudrait faire le même travail que sur la violence faite aux femmes. (...) La question que l'on peut poser quand on voit des gens (...) : " avez-vous subi des maltraitances ? " »

P9 : « Alors ça on le fait d'autant plus que maintenant on a mis en place des choses sur les violences, bon, c'est pas au niveau des enfants mais déjà on a dans nos dossiers au niveau des adultes et donc ça va être là maintenant quand on voit les gosses. (...) On demande systématiquement, tous les dossiers, on demande " est ce que vous avez déjà subi des violences physiques ou sexuelles ? " »

D'autres médecins dépistaient les violences scolaires qui leur semblaient prédominantes.

P2 : « Après moi je les interroge beaucoup sur les violences scolaires (...) Moi j'en ai plein mon cabinet. Pas des violences physiques mais... des mômes qui veulent plus aller à l'école, des enfants qui ont mal au ventre, des enfants qui se font ennuyer, c'est un truc ça, alors je pose la question systématiquement. »

P9 : « On leur en parle, par rapport à l'école, ce qu'ils peuvent subir. On leur demande. »

Le médecin n°7 accordait une importance particulière à l'observation du lien parent-enfant avant de débiter son examen clinique.

P7 : « Je laisse d'abord sur la table d'examen les parents déshabiller l'enfant ; pour savoir quel est le soin qui est pris, quelle est l'attention qui est prise. ça me donne des éléments à la fois pour l'examen physique et pour la façon dont les parents euh ... le regard, la façon dont la tranquillité avec laquelle le bébé lui parle »

L'examen des enfants déshabillés semblait faire l'unanimité des médecins interrogés, en respectant leur pudeur, et en le précisant oralement.

P3 : « Je fais après vêtement par vêtement, c'est pas grave si on enlève pas tout. Enfin je fais tout le bas, puis après on se rhabille et on fait le haut. »

P5 : « Se systématiser dans les examens avec les enfants déshabillés (...) "Je vais me permettre de regarder... si tu es d'accord... si tu ne veux pas qu'on y touche on y touchera pas". »

P13 : « Ce que je fais dans mes consultations souvent, du coup les parents l'entendent, je demande à l'enfant s'il veut bien que je le déshabille, parce que forcément des fois on palpe le testicule pour vérifier que le testicule est bien en place, alors voilà, on respecte sa volonté, sa pudeur. »

Un médecin a précisé examiner l'ensemble de la fratrie devant une suspicion de maltraitance.

P3 : « Sachant que j'ai vu aussi le deuxième enfant qui avait un impétigo [montre le pourtour de la bouche] et j'en ai profité pour l'examiner en entier pour regarder l'ensemble. Il n'y avait rien d'autre, pas de choses suspectes physiquement. »

La courbe staturo-pondérale du carnet de santé restait un outil sur lequel les médecins s'appuyaient.

P2 : « Je dirais qu'il faut s'appuyer sur le carnet de santé, suivre la courbe »

P10 : « (...) notamment les courbes d'IMC ou de choses comme ça »

(5) Messages de prévention

La prévention représente une part importante de l'activité du médecin généraliste. Les médecins interrogés ont expliqué réaliser un travail de prévention à propos :

- Du bébé secoué

P12 : « Je fais attention quand il y a le suivi des nourrissons. Quand on voit les tous petits on fait attention aux parents, on comprend très bien qu'ils peuvent vite s'énerver, il y a plein de gestes à proscrire. »

P13 : « Les nourrissons, pour les bébés secoués, je leur dis qu'il faut pas secouer un enfant. »

Un médecin donnait par ailleurs des conseils aux parents dans l'établissement du lien parent-enfant, en soulignant notamment l'importance de ne pas laisser un enfant pleurer.

P7 : « (...) "l'enfant ne pleure pas pour rien. Le bébé ne pleure pas pour rien. Il a des besoins de base, être changé, être nourri, avoir mal, les trois ou quatre raisons pour lesquelles il pleure, ou avoir besoin d'être bercé. Nous, parents ou adultes, sommes les seuls à pouvoir remplir cela." Je leur dit aussi que moins on va laisser un bébé pleurer, petit, tout petit, moins l'enfant va devoir crier pour obtenir ce qu'il veut.»

- Du respect du corps

P2 : « Le message c'est qu'ils ont des droits, ils ont le droit de dire non à un adulte, et ils ont surtout le droit de dénoncer [insiste] les actes et les faits d'un adulte, et qu'ils seront écoutés. Quelque soit l'adulte. »

P5 : « Il m'est arrivé à X reprises de dire à des enfants ou à des ados : " ton corps il t'appartient, si tu veux pas on fait pas, on n'examine pas " »

P8 : « Moi auprès des gens quand je les reçois, j'essaie de leur dire oui que leur corps leur appartient, et qu'ils n'ont pas à être sous l'emprise de quelqu'un d'autre. »

- De la violence au sens large

P8 : « Là où je travaille en ce moment, je vois beaucoup de jeunes femmes en situations de grande précarité, qui sont toxicomanes, qui se font régulièrement maltraiter par leur conjoint, et donc j'essaie de les inciter à porter plainte ce qui est extrêmement difficile, et donc en leur disant que c'est pas des choses acceptables. Donc ça c'est des messages que j'essaie de donner de façon assez systématique. »

Pour participer à ces mesures de préventions, l'utilisation des affiches en cabinet a été évoquée par deux médecins.

P8 : « (...) et peut être aussi des affichettes à l'intérieur du cabinet. »

P13 : « Les affiches. Peut-être les enfants d'un certain âge peuvent lire les affiches, pour (que) les enfants en âge de lire et les adolescents se disent "c'est pas normal ce qu'il se passe chez moi". »

(6) Ne pas rester face à des incertitudes

Les incertitudes étaient une difficulté majeure du repérage des maltraitances. Les médecins interrogés semblaient unanimes sur l'intérêt de confronter les avis de confrères, surtout s'ils faisaient partie du parcours de soin de l'enfant. Cet avis était pris soit pendant la consultation, soit à l'issue. Cela leur permettait non seulement d'avoir des éléments supplémentaires pour étayer le diagnostic, de partager les émotions ressenties, mais aussi d'éclaircir la conduite à tenir. Il pouvait s'agir :

- De confrères médecins généralistes,

P3 : « Et donc maintenant quand il y a ça on essaie de les voir à deux, pour qu'on ait vu la même chose, pour des bleus pour les choses qui se voient, ou sur le comportement, on va s'assurer qu'on ait le même ressenti (...) là [montre la table d'examen], pendant la consultation. »

P9 : « On travaille en relation, moi j'essaie de montrer le gamin à quelqu'un d'autre pour qu'on ait quand même une vision un peu plus commune. (...) j'ai demandé à ce que les garçons le voient ; ils ont eu la même notion que moi. »

P10 : « Et du coup on s'est mis ensemble, on en a discuté et on a fait un signalement conjoint au Procureur. »

- De confrères psychologues ou infirmiers,

P2 : « Elle l'a très bien raconté à sa psychologue, avec qui je me suis mise en contact, et c'est elle qui m'a raconté vraiment ce qui se passait chez les deux parents. »

P13 : « Après j'ai contacté aussi l'infirmière psy qui la suivait pour savoir si elle avait le même ressenti que moi, avant d'appeler la PMI. »

- Et certains avaient recours aux spécialistes pour conforter leur intuition.

P4 : « Donc j'ai hospitalisé l'enfant en pédiatrie, en prévenant la pédiatrie que c'était probablement une maltraitance et que je l'envoyais pour évaluation. »

P11 : « La solution que j'avais trouvée c'était prendre l'avis de quelqu'un d'autre qui était l'avis de la gastro qui avait confirmé les doutes. »

Fixer un rendez-vous à court terme était une stratégie adoptée par certains médecins. Cela leur permettait de prendre du recul sur la situation, se laisser du temps de réflexion et contacter des confrères pour avis.

P2 : « De toute manière l'étape un c'était d'aller faire un bilan hémato. Voilà. Première chose. Donc c'était facile de les laisser partir en leur disant je vous revois. (...) Moi c'était pour gagner un peu de temps (...) ça me permettait d'avoir 3-4 jours pour m'organiser et savoir comment j'allais gérer cette situation que je ne savais pas gérer. »

P12 : « Peut-être que l'attitude un peu plus simple ç'aurait été : on dit qu'il y a un truc à l'oreille et qu'il faut revoir dans 48h, et dans ce temps-là on prend l'avis de nos collègues, on a toujours des relations avec la pédiatre, on peut en parler. »

P14 : « Et j'ai dit : "ce qu'on va faire c'est qu'on va faire le point un peu plus tard", et je l'ai vu le lendemain pour rediscuter (...) je me suis rapproché du médecin de PMI et on s'est dit " qu'est-

ce qu'on fait ? », savoir s'il fallait faire un signalement, comment on le faisait, si c'était un signalement judiciaire ou purement administratif. »

Un médecin proposait un suivi rapproché, en impliquant le parent dans la démarche.

P7 : « (...) faire en questions ouvertes des propositions : "Est ce que vous voulez pas qu'on revoie la sage-femme ? Est-ce que vous voudriez pas qu'elle passe chez vous régulièrement ? Est-ce que vous voulez pas qu'on se voit un peu plus souvent ? " »

Afin d'adresser les familles aux personnes compétentes, les médecins travaillaient en réseau.

P1 : « Je suis très contente d'avoir eu directement la pédopsychiatre du grand frère, comme ça elle était au courant, comme ça elle allait le recevoir rapidement pour discuter de cette affaire. »

*P3 : « (...) il m'a dit d'appeler l'assistance sociale de V*** »*

P6 : « Je sais que par la suite j'ai eu aussi le médecin scolaire et de la PMI qui avait repris le dossier. »

Les médecins adressaient facilement les patients à l'hôpital. Certains justifiaient le recours à cette institution par le doute diagnostique ou l'étendue des lésions.

P4 : « Je crois que j'ai parlé d'hospitalisation pour faire un bilan à cet enfant qui avait des lésions un peu partout sur le corps. »

P8 : « (...) donc c'est passé par le biais du service de pédiatre forcément. »

P 12 : « Je pense qu'on a des stratégies pour éviter de se mettre en difficultés, le recours au service d'accueil des urgences, si on estime qu'on a besoin de protéger rapidement les enfants c'est assez facile mine de rien. (...) j'ai essayé de pipeauter un petit peu en disant que je voyais pas bien les tympanes mais que si ça se trouve, ça avait pu occasionner des choses...»

Le recours à l'hôpital était vécu à la fois comme un moyen de protéger l'enfant, mais aussi un moyen de démêler la situation lorsque la relation avec le patient ne permettait pas d'être objectif.

P12 : « (...) ça m'évite d'avoir l'obstacle du fait qu'on connaisse les familles et qu'on n'arrive pas à se projeter dans des situations comme ça du fait de la relation qu'on peut avoir avec certains patients »

Synthèse

Pour faire face aux difficultés rencontrées pour repérer la maltraitance, les médecins généralistes ont développé de multiples stratégies résumées dans la *figure 2* ci-après.

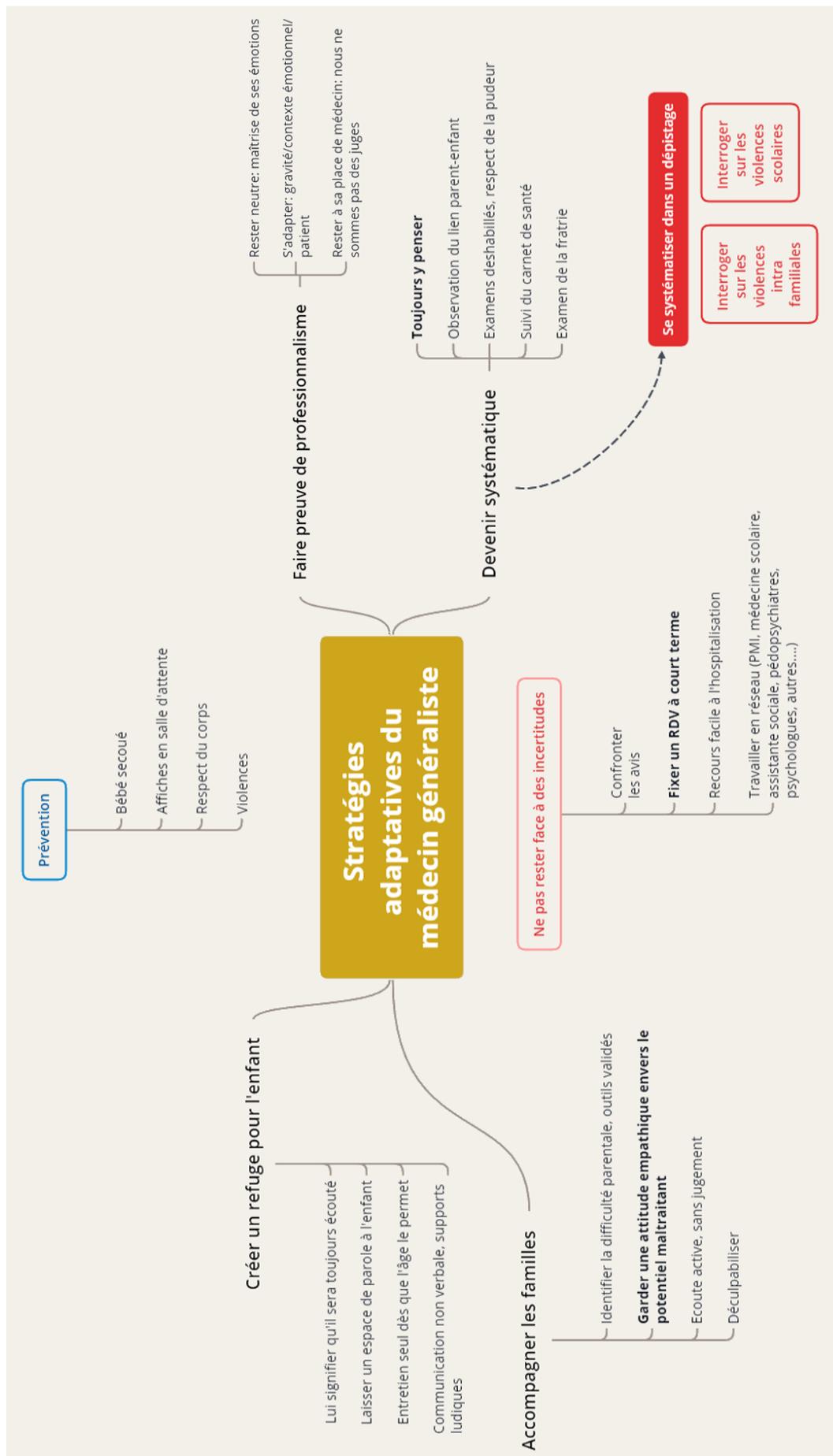


Figure 2 : Carte conceptuelle des stratégies adaptatives du médecin généraliste

e) Entamer le dialogue

Afin d'entamer le dialogue avec les auteurs présumés de violences, deux approches ont été proposées :

- Certains préféreraient ne pas aborder le sujet de façon claire afin de maintenir un lien. Toutefois, cela n'empêchait pas les médecins de réaliser une prise en charge adaptée et de protéger l'enfant en l'hospitalisant ou en proposant un suivi rapproché.

P3 : « Et je voulais pas justement casser le lien en la prenant un peu de front et lui dire "je pense qu'il y a de la maltraitance, qu'il y a de la violence". Et finalement, comme je lui ai dit "je sais que vous êtes fatiguée en ce moment, que ça fait beaucoup" (...) Et donc ça m'a un peu freiné là pour aborder le sujet directement, parce qu'après tu suis pas de la même façon les enfants. Ils viennent plus... »

P4 : « Après honnêtement, je crois que j'ai pas verbalisé que je soupçonnais une maltraitance et je... je voyais pas comment (...) Je n'ai pas verbalisé directement la maltraitance devant eux. »

- D'autres médecins éprouvaient un besoin de transparence avec leurs patients.

P2 : « Je l'ai vu avec sa maman, et j'ai fait venir son papa, j'ai appelé la psychologue et j'ai dit à tout le monde que j'allais faire une information préoccupante. Mais c'est mes patients donc je les ai prévenu, tous, même le père que je n'avais jamais vu. »

P5 : « Donc je lui ai dit immédiatement que j'allais faire un signalement de ça et que je l'engageais à aller elle-même à la gendarmerie, et c'est ce qu'elle a fait. »

P12 : « Je lui ai dit : "moi de toute façon je vais faire une information préoccupante parce que c'est mon boulot de protéger la gamine parce que je pense qu'elle est en danger". »

Certains médecins optaient pour des questions directes.

P2 : "J'ai posé des questions très simples hein: comment elle pouvait savoir d'où ça venait, comment ça se passait chez son père, et chez sa mère d'ailleurs. (...) je pense que j'ai utilisé des mots très simples qui ont été : "est-ce que quelqu'un t'a tapée?" »

P5 : « J'ai simplement posé la question: "qu'est ce qui s'est passé?" (...) Je pose très simplement la question. Mais des questions directes, le va s'en dire c'est pas trop l'attitude ici »

Lorsque les symptômes se répétaient, certains médecins n'hésitaient pas à aborder le sujet plusieurs fois.

P2 : « Je commence à chercher ce pourquoi ils viennent et quand il y a rien, oui, de manière très légère la première fois, et de manière moins légère s'ils reviennent pour la même chose. Donc oui c'est une question que je pose très facilement. »

P7 : « Moi je pense que c'est comme le tabac, maintenant je sais que de parler de tabac ou d'alcool à quelqu'un, même si je n'obtiens pas de réponse positive, statistiquement, on approche de l'arrêt (...) on sait que les gens ce sera un pas de plus qui va les faire avancer. »

Un des participants soulignait que la position de médecin de famille le mettait dans une situation très inconfortable. Ainsi, le dépistage en milieu scolaire lui semblait plus adapté puisqu'il s'agissait d'un milieu plus neutre où l'enfant était accessible en l'absence des parents.

P11 : « Je me demande s'il faudrait pas plus faire ça dans le milieu ou scolaire ou autre, par des médecins scolaires, des infirmiers scolaires, avec des questionnaires chez les enfants dans un endroit neutre ou on n'a pas après avec eux un suivi général et dans la confiance (...) ou alors il faudrait voir les enfants tous seuls, et ça c'est plus dans le milieu éducatif scolaire où on pourrait faire plus de repérage. »

Synthèse

Les médecins interrogés n'avaient pas la même approche en ce qui concerne la confrontation des parents et enfants aux faits supposés de maltraitance. En effet, certains optaient pour une attitude expectative en ne révélant pas leurs soupçons ce qui leur permettait de maintenir un lien avec l'enfant ; d'autres faisaient usage de questions directes, réitérées ; d'autres encore préféraient la transparence.

C. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence des moyens de repérage des maltraitances infantiles en médecine générale.

Si les maltraitances infantiles ont fait l'objet de nombreuses thèses en analysant les connaissances des médecins généralistes et leurs freins au signalement, aucune n'a étudié les stratégies mises en œuvre pour parvenir au repérage. Nous avons tenu compte des difficultés auxquelles les médecins faisaient face et identifié les moyens mis en place pour les surmonter. À partir de ces éléments, notre étude a permis de suggérer des axes d'amélioration des pratiques, extrapolables en cabinet de médecine générale.

1. Discussion de la méthode

a) Forces de l'étude

Les critères de scientificité de l'étude ont été évalués à l'aide la grille COREQ, une grille validée listant les critères qualités des études qualitatives (*Annexe 7*).

La taille de l'échantillon a permis d'obtenir la saturation des données. Les médecins généralistes à l'origine de signalements étant peu nombreux, un échantillonnage non probabiliste par réseau est apparu le plus adapté pour explorer ce sujet sensible. L'échantillon était diversifié en termes d'années d'exercice, de pourcentage de pédiatrie, de participation ou non à des formations spécifiques. Les variables de sexe et d'âge étaient équilibrées.

L'ensemble des professionnels sélectionnés portait un intérêt pour cette étude, ce qui a permis de recueillir des réflexions pertinentes et constructives.

Un des participants était à la fois médecin et victime de maltraitances infantiles ce qui est une force de notre étude. En effet, ce médecin a pu adapter ses pratiques en fonction de son vécu douloureux et de ses attentes en tant qu'ancienne victime.

La grille d'entretien a été testée au préalable avec une médecin expérimentée en méthodologie qualitative, ce qui a permis de s'assurer de la clarté et de la pertinence des questions posées.

La triangulation des données à l'aide du double codage présente plusieurs avantages. Le second chercheur, scientifique mais n'appartenant pas au corps médical, apportait une analyse fine avec une sensibilité différente de celle de l'investigatrice principale. N'ayant pas étudié la littérature grise en amont, il permettait d'apporter un regard neutre sur l'analyse, sans a priori sur les propos collectés. La triangulation des données permettait donc de renforcer la validité interne de l'étude.

b) Limites méthodologiques

Tous les médecins avaient été confrontés à la maltraitance infantile, mais cela ne semblait pas représenter une grande partie de leur activité. Ainsi les souvenirs rapportés étaient souvent lointains ce qui pouvait constituer un biais de mémorisation.

Certaines limites sont en lien avec la méthode choisie :

- La grille d'entretien était une grille non standardisée réalisée à partir de la littérature grise et des hypothèses de l'investigatrice. Réalisée à partir des intentions motivant l'enquêtrice, les éléments de réponse et l'analyse ont pu être influencés, ce qui a pu constituer un biais de confirmation.
- Le mode de recueil de données par entretiens semi-dirigés permettait de laisser le participant libre de s'exprimer. Dans la manière de présenter les résultats, nous avons fait le choix de ratios pour exprimer la fréquence des idées relevées. Cependant, ce ratio ne préjuge en rien de l'occurrence exacte de l'idée ; certains médecins ayant pu ne pas l'aborder par omission.

L'investigatrice principale manquait d'expérience en matière d'étude qualitative. Ainsi la tournure de questions de relance pouvait parfois être incitative ce qui a pu influencer les résultats. L'anticipation de questions de relance dans la grille d'entretien aurait pu permettre d'éviter ce biais méthodologique.

Malgré le choix d'une population d'étude supposée sensibilisée au sujet, nous avons eu le sentiment général que certaines stratégies de repérage mises en avant par les médecins étaient davantage de l'ordre de réflexions que des idées réellement mises en place en pratique, ce qui a pu constituer un biais de désirabilité sociale.

Un entretien est de courte durée (13 minutes), ce qui n'a pas permis une investigation en profondeur. Il avait été réalisé au cabinet du médecin, avant de débiter ses consultations. Un entretien en dehors de son lieu de travail aurait peut-être permis au participant de se sentir plus libre d'expression et moins soumis à la pression des consultations à venir. En effet pour la majorité, les entretiens étaient réalisés sur leur jour de repos ce qui a permis d'obtenir un discours plus étoffé.

2. Discussion des résultats

a) Repenser le rôle du généraliste

Dans notre étude, les médecins sont alertés par une multitude de signes qui correspondent parfaitement aux signes évocateurs de maltraitance publiés par la Haute Autorité de Santé (*Annexe 8*).

Au travers des entretiens, le repérage des maltraitances apparaît comme un exercice extrêmement complexe du fait des nombreuses difficultés rencontrées par les praticiens. Certaines sont d'ordre social et culturel, en lien avec la représentation des violences et de la famille ; d'autres sont d'ordre professionnel, en lien avec la définition du rôle de médecin. Suspecter des maltraitances implique de remettre en question le mode d'éducation parental, ce qui, pour certains, peut outrepasser leur rôle de médecin.

Ces barrières qui empêchent le médecin d'être clairvoyant et d'agir en faveur de l'enfant, peuvent-elles être levées ? Ne faut-il pas repenser le rôle du généraliste et l'impliquer davantage dans le système de protection de l'enfance ?

Dans son rapport au Sénat en 2013, Anne Tursz (pédiatre et présidente du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants) proposait déjà de renforcer le rôle des médecins et la coordination entre les différents secteurs professionnels (18). Dans son ouvrage *Les oubliés*, elle insiste sur ce point : « le problème de la maltraitance restera insoluble tant que le corps médical ne se sentira pas impliqué » (6).

(1) Négligences et maltraitements psychologiques: prendre conscience des conséquences pour se sentir légitime d'agir

Notre étude met en évidence une difficulté sémantique à propos des négligences et des maltraitements psychologiques, ce qui va dans le sens de travaux antérieurs (15). Ne sachant pas où fixer les limites du tolérable concernant la santé de l'enfant, les médecins ne se sentent pas légitimes d'intervenir.

S'ils ne se sentent pas en droit d'agir au même titre que pour des maltraitements physiques, c'est peut-être qu'ils considèrent que leurs conséquences pour l'enfant sont moindres.

Pourtant, plusieurs études montrent que l'impact de la négligence à court et à long terme sur le développement cognitif, socio-émotionnel et comportemental est tout aussi grave que dans le cas de mauvais traitements physiques (19).

Dans son ouvrage « *Pour une enfance heureuse* », le Dr Gueguen, pédiatre spécialisée dans le soutien à la parentalité, synthétise les découvertes scientifiques sur le développement et le fonctionnement du cerveau de l'enfant. Les structures cérébrales se développent dès la vie intra utérine par le biais de connexions synaptiques intenses et ce, jusqu'à l'âge adulte. Tout phénomène susceptible d'altérer la mise en place de ces circuits a des conséquences sur le développement cérébral. Les expériences vécues par l'enfant ont donc un impact sur son développement neuro-comportemental et influencent ses réactions psycho affectives et sociales lors de l'enfance, mais aussi à l'âge adulte (20).

Une équipe de chercheurs a étudié les conséquences de la négligence sur le développement cérébral, sur une population d'enfants placés en orphelinat dès leur premier mois de vie, avant d'être placés en famille d'accueil. Cette étude comparative a montré que le cortex orbito-frontal, structure à l'origine des capacités d'affection, d'empathie et de régulation des émotions, était peu développé chez ces enfants (21).

Un enfant qui évolue dans un contexte familial défavorable peut donc se retrouver impacté dans sa capacité à gérer ses émotions, à éprouver de l'empathie et à donner de l'affection.

Les maltraitements psychologiques ont, elles aussi, des répercussions délétères. Les données de la littérature ont révélé qu'elles étaient liées à des troubles de l'attachement, du comportement, et de la socialisation (22). Des études longitudinales et rétrospectives ont également mis en évidence une forte association avec une morbidité psychiatrique et sociale, telle qu'une augmentation de la délinquance, de l'agressivité, des tentatives de suicides chez les adolescents (22).

Ces travaux nous rappellent qu'au même titre que les maltraitements physiques, les négligences et les maltraitements psychologiques sont délétères pour l'enfant et son développement. Il est donc essentiel que les médecins en prennent conscience afin de se sentir légitimes dans leur intervention et offrir à ces enfants la chance d'une meilleure évolution.

(2) Rôle de soutien à la parentalité

Dans notre travail, les médecins placent l'accompagnement des familles au cœur de la prise en charge. L'un d'entre eux évoque la mise en place d'un accompagnement familial avant même que des maltraitances n'apparaissent, pour « venir en soutien de l'épuisement qui pourrait entraîner un manque de soin (P7) ».

En effet, le diagnostic de maltraitances est souvent tardif, une fois que les conséquences sur le développement de l'enfant sont déjà présentes, et parfois irréversibles. C'est la raison pour laquelle il nous semble important que les médecins généralistes se tournent vers un nouveau paradigme. Agir lorsque les conséquences sont déjà installées semble insuffisant, il nous faut aussi agir en amont. Pourquoi ne pas accompagner les patients dans leur rôle de parents ?

Dans une enquête menée en 2016 par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) sur les besoins et attentes des parents en terme de soutien à la parentalité, 43 % d'entre eux déclaraient percevoir leur rôle comme difficile (23). Lorsqu'ils rencontraient une difficulté à exercer leur rôle de parent, 60% d'entre eux faisaient appel à des professionnels de santé. Concernant la forme des actions de soutien à la parentalité, 33% souhaitaient qu'elles se déroulent sous la forme d'échanges individuels avec un professionnel de la santé, du social, ou de l'éducation.

Prévenir et lutter contre les violences physiques graves à l'égard des enfants est évidemment du ressort du médecin généraliste. Au-delà de cette violence excessive, son rôle est aussi d'alerter les parents sur les conséquences de ce que le Dr Gueguen nomme la "violence éducative ordinaire" : « la petite violence au quotidien (...) fonde encore trop souvent les principes d'une "bonne éducation" » (20).

Pour beaucoup de parents, la relation adulte-enfant dans l'éducation est basée sur des rapports de pouvoir et de domination. Les punitions telles que les fessées, les claques, les menaces verbales, sont souvent banalisées et perçues comme partie intégrante de l'éducation de l'enfant pour se faire obéir (20).

Nombreuses sont les études à avoir étudié les conséquences des fessées sur le développement de l'enfant. Chez les enfants exposés, elles retrouvent des traits anxieux et dépressifs, des conduites anti-sociales, et notent une augmentation très significative de leur agressivité (24-26).

La persistance de ces pratiques découle certainement de l'ignorance des conséquences sur le développement de l'enfant. Il me semble qu'il est du devoir du médecin généraliste d'informer les parents sur les répercussions délétères d'une éducation punitive, afin d'éveiller chez eux une alternative à ce mode d'éducation, et une relation à l'enfant plus saine, sans rapport de domination.

Mais comment introduire le sujet sans que le parent ne se sente jugé ?

L'entretien prénatal du 4^{ème} mois désormais obligatoire, pourrait être un moment privilégié pour aborder ce sujet (27). Il permet d'anticiper le meilleur accueil possible pour l'enfant à venir et d'accompagner les futurs parents dans le projet de naissance. Le professionnel évalue les besoins et vulnérabilités parentales et identifie les compétences parentales à développer (28).

A mon sens, cette consultation devrait permettre d'apporter deux informations essentielles aux futurs parents :

- D'une part, souligner l'importance de la figure d'attachement dans la relation parent-enfant, base de sa sécurité affective, lui permettant ainsi d'être apaisé pour explorer le monde autour de lui et se développer harmonieusement (29).
- D'autre part, cette consultation pourrait être l'occasion d'aborder le sujet de la "violence éducative ordinaire"(20). Informer des conséquences des "petites violences" en amont de la naissance de l'enfant permettrait aux parents d'entendre ce message de prévention sans se sentir jugés dans leur capacité à être un bon parent.

(3) Voir le signalement comme une protection plutôt que comme une sanction

Dans notre étude, le manque de formation fait émerger chez les médecins un sentiment d'incompétence qui les déstabilise dans leur prise en charge. Dans la littérature, ce défaut de formation apparaît comme central parmi les freins au signalement (10,12). Il s'agit d'un véritable facteur limitant puisque c'est un sujet qui nécessite non seulement des connaissances théoriques, juridiques, mais aussi de vraies compétences relationnelles.

Nous avons constaté que les médecins sont à la recherche de preuves avant d'agir : ils se retrouvent comme paralysés par certaines barrières d'ordre psychologique, en lien avec leurs incertitudes. Or comme nous l'avons déjà vu, le médecin n'a pas à apporter la preuve d'une maltraitance, le seul doute suffit (14).

Au-delà de cette méconnaissance légale, on constate que l'organisation du système de protection de l'enfance est mal connue des médecins. Depuis son introduction en 2007, l'information préoccupante n'est pas toujours distinguée d'un signalement judiciaire (30). Une étude de 2016 montrait qu'un médecin sur cinq ne connaissait pas l'existence de la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) ; et parmi ceux qui la connaissaient, plus du tiers ne savait pas comment y faire appel (31).

De cette méconnaissance découle des idées préconçues. Comme le déplore Anne Tursz, « le signalement sanction est présent à l'esprit du médecin bien avant le signalement protection ; or c'est ce dernier qui est prioritaire » (6).

Nous avons constaté que le grenelle contre les violences conjugales de 2019 a été le moyen de médiatiser, informer et sensibiliser la population au sujet des violences. Des journées de sensibilisation ont été proposées pour former les professionnels de santé.

Une campagne de réflexion similaire concernant les maltraitances infantiles permettrait d'ouvrir des débats avec les acteurs de la Protection de l'Enfance et de sensibiliser les médecins généralistes sur le rôle crucial qu'ils pourraient jouer.

b) Repenser la consultation pédiatrique

(1) Considérer l'enfant et lui créer un refuge

Notre travail a mis en lumière qu'il est fondamental de replacer l'enfant au centre de la consultation, qu'il convient de le considérer, et de lui offrir un espace où il peut se confier.

Dans les études donnant la parole aux anciennes victimes de maltraitance, le médecin généraliste apparaît comme une personne ressource à l'âge adulte et sa place est vécue comme centrale dans l'accompagnement. Cependant pendant l'enfance, ses compétences en matière de dépistage, de signalement et de suivi sont vécues comme insuffisantes (16,32). Les victimes regrettent l'absence de dépistage de la part de leur médecin (16,32), et considèrent parfois que si le médecin n'aborde pas le sujet, c'est que le sujet n'est pas important (32).

Il est de notre ressort, en tant que médecin, de se présenter aux enfants comme ressource à leur disposition : « le moindre problème tu peux venir voir le Docteur (P14) ».

Pour les anciennes victimes de maltraitance, la consultation chez le médecin généraliste est vécue comme inadaptée car réalisée en présence du parent. L'enfant n'est que rarement l'interlocuteur privilégié, le médecin se tournant plus facilement vers l'adulte qui l'amène (16,32).

Ainsi, comme le soulignait un médecin de notre étude, « parler aux enfants comme des petits êtres sensés et intelligents » apparaît primordial.

(2) Dialoguer avec l'enfant

Dans notre étude, certains médecins n'hésitent pas à faire sortir le parent de la salle de consultation afin de recueillir la parole de l'enfant. Leur offrir la possibilité d'avoir un espace de parole autour de jeux, de dessins, en l'absence du parent est un élément essentiel qui va dans le sens des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (33).

Dans une étude s'intéressant au point de vue des victimes, ces dernières confient leur difficulté à parler des violences subies parce qu'elles ne les ont pas identifiées comme telles : « comment parler d'un problème alors qu'on ne sait pas qu'il existe ? » (32).

Ce moment privilégié accordé à l'enfant est aussi un moyen de les aider à s'identifier comme victime. Le Dr SALMONA, psychiatre, psychotraumatologue, et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie insiste sur ce point : « leur poser des questions c'est leur envoyer un signal fort que l'on se préoccupe de leur sécurité, de ce qui peut leur arriver » (34).

Pour dialoguer avec l'enfant, les médecins interrogés dans le cadre de notre travail disent utiliser des mots simples, à travers des questions directes.

La Haute Autorité de Santé recommande plutôt d'utiliser des questions ouvertes pour ne pas influencer la réponse de l'enfant. Elle recommande par ailleurs d'éviter les questions incitatives ainsi que les reformulations pour ne pas déformer le discours de l'enfant (13,35).

Afin d'aider les professionnels à aborder le sujet des violences avec l'enfant, le département de Seine Saint Denis a réalisé un guide intitulé *Les mots pour le dire*, qui cible spécifiquement les enfants témoins de violences conjugales (36). Quelques exemples de questions et de propos y sont illustrés dans le but de faciliter l'entretien avec l'enfant, et lui permettre d'identifier ses émotions.

Un article analogue rédigé par une conseillère en prévention de la violence familiale liste des exemples pour aborder le sujet des violences sexuelles avec les enfants (35) : « Ça a l'air douloureux. Comment c'est arrivé ? *Veux-tu me parler de ce bobo que tu as sur la joue ?* »

Les auteurs cités s'accordent à dire qu'il est important de déculpabiliser l'enfant, en lui faisant comprendre qu'il n'est en rien responsable, et qu'il a bien fait d'en parler.

(3) Introduire un dépistage des maltraitances

L'introduction d'un dépistage des maltraitances infantiles en cabinet de médecine générale semble une idée bien accueillie par les médecins interrogés, ce qui est concordant avec des travaux antérieurs (37).

Si certains d'entre eux semblaient dubitatifs, ils l'étaient notamment car ils ne disposaient pas d'outils pour le mettre en place.

À ce jour il n'existe pas d'outil de dépistage des maltraitances infantiles fiable. Dans une revue de la littérature de 2013, les auteurs concluent à une faible qualité des études existantes. Les outils proposés ne sont pas adaptés au dépistage puisqu'ils ne détectent les maltraitances que tardivement, au stade où leurs conséquences sont déjà installées. Les auteurs indiquent que la faible sensibilité des tests risquent d'entraîner de faux négatifs ; et quand le test dispose d'une sensibilité suffisante, la spécificité est faible ce qui a pour effet de qualifier certains parents de maltraitants, à tort (38).

Comment repérer plus efficacement les maltraitances sans stigmatiser ? Comment percer le tabou des violences en médecine générale ?

Une des propositions de notre travail est la mise en place d'axes systématisés au cours des consultations. Nous suggérons de réaliser un dépistage systématique des violences intrafamiliales et scolaires, afin de proposer un suivi adapté aux enfants ainsi repérés.

- **Dépister les violences intrafamiliales**

Parmi les médecins interrogés, aucun n'abordait le fait d'être témoin de violences conjugales comme faisant partie intégrante de la définition de maltraitance infantile. Pourtant, il est désormais communément admis que l'enfant témoin de violences conjugales doit être considéré comme enfant maltraité (3). S'il n'est pas directement victime de maltraitance physique, cette exposition constitue pour lui une forme grave de maltraitance psychologique et altère son développement.

Bien que les médecins interrogés ne l'incluaient pas dans la définition de la maltraitance, cette exposition constituait pour eux un véritable signe d'alerte.

À l'issue du *Grenelle contre les violences faites aux femmes de 2019*, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations concernant le dépistage systématique des violences conjugales par les professionnels de santé (39). Au même titre que les antécédents, la consommation de tabac ou de drogues, interroger les patientes sur le vécu de violences est une notion largement diffusée désormais. L'adhésion des patientes à cette démarche de dépistage est par ailleurs démontrée (40,41).

Selon le rapport ministériel de 2018 portant sur l'enquête de meurtres d'enfants en milieu intrafamilial de 2012 à 2016, plus de 50 % des enfants décédés avaient été victimes de maltraitance dans un contexte de violences conjugales (4). On sait d'ailleurs aujourd'hui que 40% des enfants qui grandissent dans un climat de violences conjugales font eux aussi l'objet de maltraitements physiques (36,42).

Le Dr Annie Poizat, pédopsychiatre, expose dans un article tout l'intérêt d'intégrer la recherche de violences conjugales dans sa pratique professionnelle lorsqu'on soigne des enfants : « il faut considérer la violence conjugale comme un vrai risque sur le développement de l'enfant et sur l'adulte qu'il sera » (42).

Identifier les violences intrafamiliales permet de repérer des enfants en danger, et ainsi leur proposer un suivi précoce et adapté. Dans cette même approche, pourquoi ne pas systématiser la rédaction d'une information préoccupante face à un enfant évoluant dans un contexte de violences conjugales ? Cette démarche permettrait une évaluation de la situation et ainsi, la mobilisation d'intervenants adéquats autour de l'enfant.

- **Dépister les violences scolaires**

Dans notre étude, le dépistage des violences scolaires est réalisé de façon systématique par certains médecins, bien conscients, du moins intuitivement, de l'ampleur du phénomène.

En effet, le rapport de l'UNICEF de 2011 indique que les violences verbales à l'école élémentaire concerneraient 14% des enfants, alors que les violences physiques concerneraient 10% des élèves (43).

Ces chiffres mettent en lumière l'intérêt de ce dépistage en médecine générale. Au-delà du dépistage, s'intéresser à l'environnement scolaire de l'enfant est aussi un moyen de s'intéresser à lui, et de le replacer au centre de la consultation.

(4) Messages de prévention à tous les âges de la vie (cf. annexe 9)

Nous avons vu qu'il était possible d'agir en amont de la naissance de l'enfant, en préparant les futurs parents au meilleur accueil possible pour l'enfant, et en les accompagnant dans leur rôle.

Une fois l'enfant né, l'accompagnement parental garde toute sa place et les messages de prévention auprès de l'enfant sont intéressants à renforcer.

Dans notre étude, plusieurs messages de prévention sont utilisés par les médecins, notamment la prévention du bébé secoué. Depuis 2017, une note d'information sur le carnet de santé informe les parents sur ce syndrome. Les conséquences délétères de ce geste brutal face à des pleurs incessants sont parfois méconnues des familles. L'utilisation de ce support comme outil de prévention pourrait être utilisé de façon systématique par le médecin généraliste, et ce, dès la première consultation de vie. Par la suite, les consultations pédiatriques obligatoires mensuelles sont également des moments privilégiés pour interroger les parents sur le vécu des pleurs et les difficultés rencontrées.

Lorsque l'enfant grandit, certains médecins abordent la notion de respect du corps lors de l'examen des organes génitaux, en précisant que personne ne peut leur demander de les voir nus sans leur accord, encore moins de les toucher à cet endroit-là. Il s'agit d'un moyen pour l'enfant de connaître ses droits et ceux d'autrui vis-à-vis de lui. Ce type de message fait partie des attentes soulevées par d'anciennes victimes de maltraitance sur la place du médecin généraliste (16).

Enfin, un des médecins interrogés propose la réalisation d'une consultation de l'adolescent, au sein de laquelle est abordé le sujet de la sexualité mais aussi le sujet de la violence. L'éducation à la vie affective et sexuelle dès le plus jeune âge permet d'agir en prévention contre les violences, sujet qu'il serait intéressant de développer en médecine générale.

D. CONCLUSION

La violence est présente à tous les niveaux de notre société, y compris dans des sphères supposées sécurisantes pour l'individu telles que la sphère familiale et le milieu scolaire. Qu'il s'agisse d'une personne âgée malmenée par ses supposés aidants, d'une femme humiliée par son conjoint violent, d'enfants qui subissent au quotidien les moqueries de leurs camarades, ou d'enfants brutalisés par des personnes supposées les protéger, la violence est inacceptable. Elle constitue un véritable problème de santé publique, avec des répercussions désastreuses et chroniques sur la santé mentale et globale des individus.

Lorsqu'elle concerne l'enfant, la violence est d'autant plus injuste que l'enfant n'est pas en mesure de l'identifier comme telle et de lutter contre. Il ne s'agit pas seulement d'une addition de violences physiques, psychologiques ou sexuelles, mais d'une véritable déstructuration de l'enfant qui intègre la violence vécue dans son processus de socialisation. La violence se perpétue ainsi de générations en générations.

La situation à l'égard des maltraitements infantiles a évolué ces dernières années en France. Ce sujet fait d'ailleurs l'objet d'un plan de lutte au niveau national, mené par le Ministère de la Santé et des Solidarités.

Au-delà de la nécessité d'une forte volonté politique pour endiguer ce phénomène, il est indispensable que les médecins généralistes soient davantage impliqués dans le système de Protection de l'Enfance. Cela passe nécessairement par une amélioration de leur formation.

Comme le souligne Adrien Taquet, secrétaire d'Etat au Ministère de la Santé, « ce qui permet à la violence de prospérer, outre le silence et la volonté de ne pas voir, ce sont les habitudes et les angles morts dans les pratiques et les organisations ».

Il me semble donc important d'envisager un changement de paradigme concernant le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité d'une part, mais aussi dans l'organisation de la consultation pédiatrique. Ce travail propose des axes d'amélioration des pratiques en terme de repérage des maltraitements infantiles, parmi lesquels le dépistage systématique des violences intrafamiliales et scolaires est un point essentiel.

Le médecin généraliste, même s'il s'implique davantage dans le système de Protection de l'Enfance ne peut agir sans l'aide des collectivités territoriales et des intervenants sociaux. L'amélioration du repérage et de la prise en charge des maltraitements infantiles ne peut se faire sans s'interroger sur l'organisation du système de Protection de l'Enfance à l'échelle territoriale, ainsi que sur les moyens nécessaires à leur efficacité. Force est de constater que le budget alloué aux services de PMI n'a fait que chuté ces dernières années, de même que les effectifs des médecins chargés d'une mission de prévention. Ces constats ont fait naître un plan national de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, dont l'objectif est de valoriser les missions de la PMI. Cette prise d'initiative récente, en lien avec une amélioration du repérage de la part des généralistes, pourra peut-être enfin permettre une meilleure prise en charge des violences faites aux enfants, avec toute l'attention que ce fléau nécessite.

III. BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire National de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger: guide méthodologique [Internet]. 2001 [consulté le 22 janv 2020]. Disponible sur: http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf
2. Direction de l'Égalité des Chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité [Internet]. 2013 [consulté le 20 janv 2020]. Disponible sur: http://www.cpvcf.org/wp-content/uploads/EnfantExposeViolenceConjugale_publication.pdf
3. Hélie S, Clément M-E. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bull épidémiol hebdomadaire 2019;26-27:520-5.
4. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles. Evaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance, rapport IGAS-IGJ-IGAENR; 2018.
5. WHO. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. WHO; 2014 [consulté le 17 sept 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
6. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil;2010.
7. De Becker E, Chapelle S, Verheyen C. Facteurs de risque et de protection de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard des enfants. Perspectives psy. 2014;53(3):211-24.
8. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bull Académie Natl Médecine. 2013;197(6):1143-52.
9. Observatoire National de Protection de l'Enfance. Onzième rapport annuel de l'ONPE au gouvernement et au parlement;2016.
10. Tual O. Maltraitance sur mineur: quels sont les freins au repérage et à la prise en charge par les médecins généralistes en Vendée. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes;2018.
11. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot;2013.
12. Bellamine C. Le dépistage de la maltraitance infantile en médecine générale: quels en sont les obstacles ? Thèse de médecine, Dijon: Université de Franche-Comté; 2017.
13. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir;2014.
14. Code Pénal. Loi n°2015-1402
15. Ogier D. Médecins généralistes et protection de l'enfance: écouter, observer, s'interroger, agir. Thèse de médecine, Lyon:Université Claude Bernard;2017.

16. Lestienne F, Costa C. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leur parcours de vie: le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance. *Exercer*. 2016;27(126).
17. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée; 1994.
18. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Paris: Sénat; 2013.
19. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
20. Gueguen C. Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Pocket;2014.
21. Chugani HT, Behen M, Muzik O, Juhasz C, Nagy F, Chugani D. Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized romanian orphans. *NeuroImage*. 2001;(14):1290-301.
22. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, Committee on Child Abuse and Neglect, American academy of Child and Adolescent psychiatry. Psychological Maltreatment. *Pediatrics*. 2012;130(2):372-8.
23. Caisse nationale des allocations familiales. Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité;2016.
24. Teicher, Lansford J, Sexton H, Davis-Kean P, Sameroff A. Longitudinal links between spanking and children's externalizing behaviors in a national sample of White, Black, Hispanic, and Asian American families. *Child development*. 2012;83(3):838-43.
25. Waller R, Gardner F, Hyde LW, Shaw DS, Dishion TJ, Wilson MN. Do harsh and positive parenting predict parent reports of deceitful-callous behaviour in early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(9):946-53.
26. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences : a meta analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*. 2002;128(4):539-79.
27. Code de la Santé Publique. Article L2122-1 (version à jour au 08 janvier 2021).
28. Ministère des solidarités et de la santé. Dessine moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022; 2018.
29. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151-88.
30. Bausière C. Protection de l'enfance: comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes? Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen; 2016.
31. Marly A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale. Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen; 2016.
32. Bès de Berc A, Guessoum Y. Femmes victimes de violences sexuelles: étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.

33. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir;2017.
34. Salmona M. Prévention des violences sexuelles envers les enfants. Association Mémoire Traumatique et Victimologie; 2015.
35. McDowell K. Talking to sexually abused children. Tips for Physicians. Minnesota Medicine. 2011;94(12):50-2.
36. Département Seine Saint Denis. Les mots pour le dire. Violences faites aux femmes, les enfants souffrent; 2011.
37. Peter Kress C. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile en médecine générale. Thèse de médecine, Strasbourg: Université de Strasbourg; 2018.
38. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi L-R. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. BMC Pediatrics. 2013;(13):202.
39. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandations de bonnes pratiques; 2019.
40. Boize J. Adhésion des femmes au dépistage systématique des violences conjugales par leur médecin traitant. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2019.
41. Dupré O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste: quelles sont leurs attentes? Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
42. Poizat A. L'enfant exposé aux violences conjugales: expérience clinique d'une pédopsychiatre. Mt pédiatrie. 2018;21(4):247-56.
43. Observatoire international de la violence à l'école. A l'école des enfants heureux... enfin presque. Unicef France; 2011.

IV. ANNEXES

- [Annexe 1](#). Lettre d'information aux participants

<p>LETTRE D'INFORMATION</p> <p>DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE MEDICALE</p>

Titre : Maltraitements infantiles : comment les repérer ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes dans les Landes.

Thèse dirigée par : Dr COSTA Aurélie, Dr TURCHET Sébastien

Nom de l'investigateur : Rachel DARZACQ

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Cette lettre vous détaille en quoi consiste cette étude.

1. RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

- Objectif de l'étude

Partant du constat qu'une très faible proportion d'informations préoccupantes sont réalisées par les médecins généralistes, nombreuses études ont mis en évidence les difficultés que le médecin généraliste a à repérer les maltraitements infantiles.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence des stratégies de repérage de ces maltraitements, applicables en cabinet.

- Modalités de participation

L'étude repose sur la réalisation d'entretiens individuels autour de la maltraitance infantile. La durée de cet entretien est d'en moyenne 30 minutes, modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale qui apparaîtra en annexe de la thèse.

Seulement si vous donnez votre accord, une partie de l'enregistrement audio pourra être diffusée le jour de la soutenance de thèse, avec modification de la voix.

- Engagement de l'investigateur

Je m'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis, à assurer la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies.

Je m'engage à n'utiliser vos coordonnées téléphoniques que dans le but de programmer le rendez-vous de l'entretien.

Je m'engage à vous envoyer les résultats de l'étude par mail. Vous pourrez alors émettre votre avis sur les résultats.

2. CONFIDENTIALITE ET ANONYMAT

Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable.

Lors de la retranscription informatique des enregistrements, les noms propres de chaque personne seront remplacés par un numéro correspondant à l'ordre d'inclusion dans l'étude (Praticien 1, Praticien 2, Praticien 3...).

Vos coordonnées téléphoniques seront détruites dès l'entretien réalisé.

Votre adresse mail sera conservée jusqu'à la fin de l'étude.

3. LIBERTE DU PARTICIPANT

Vous êtes libre de participer ou non. Le consentement peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence.

4. LEGISLATION

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'investigateur.

Vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Une demande d'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été faite le 10/10/2019.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette lecture et reste à votre disposition pour tout renseignement.

Annexe 2. Grille d'entretien, version 1

DEFINITION DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

- 1) Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance infantile ?
- 2) Avez-vous une idée de la fréquence des maltraitements infantiles (dans la population générale/dans votre cabinet) ?
- 3) De manière générale, sur quels éléments vous appuyez-vous pour repérer les maltraitements et comment le faites-vous ?

DERNIER CAS DE MALTRAITANCE VECU AU CABINET

- 4) Comment avez-vous pris connaissance de la maltraitance chez cet enfant ?
Quels symptômes/quels signes cliniques vous y ont fait penser ?
- 5) Comment avez-vous posé la question ?
- 6) Quel cadre donnez-vous à l'entretien ? (enfant vu seul/isolé des parents ou avec parents)
- 7) Quelle attitude avez-vous adoptée vis-à-vis de l'enfant ? Vis-à-vis du parent ?
- 8) Est-ce qu'il y a des mots-clés (comme pour ouvrir une porte) que vous prononcez ?

RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE

- 9) Comment avez-vous vécu cette situation ?
- 10) Qu'avez-vous rencontré comme difficultés ? Pourquoi ?
- 11) Sur quelle partie de la consultation vous êtes-vous senti le moins en difficultés ?
Pourquoi ?
- 12) Dans votre vie en dehors du cabinet, quels éléments ou événements vous sensibilisent davantage aux maltraitements infantiles ?

VERS UN MEILLEUR REPERAGE

- 13) De manière générale, faites-vous un message de prévention/ respect du corps, quel est ce message, et est-ce que ce dialogue a déjà pu amener à un signalement ?
- 14) Quel est selon vous l'intérêt de faire la démarche d'un dépistage de ces maltraitements ?
- 15) Avez-vous déjà regretté de ne pas avoir fait de signalement ou de l'avoir fait trop tard ?
Si oui, quels étaient ces petits signes que vous n'aviez pas retenus ?
- 16) Il y a-t-il des éléments que vous souhaitez rajouter, peut-être en lien avec d'autres situations, pour améliorer le repérage en cabinet ?

Annexe 3. Exemple de transcription (Praticien 7)

Durée de l'entretien : 32 min

Lieu de l'entretien : Cabinet du médecin

Pour vous qu'est-ce que la maltraitance infantile?

[Silence, lève la tête]

La maltraitance infantile elle peut être physique ou psychologique. Je dirais que la maltraitance physique est relativement facile à repérer, l'enfant peut l'exprimer par des migraines, par des douleurs de ventre, par des... par des silences. Rarement par la parole, mais par un comportement anormal.

La souffrance psychologique je pense qu'elle est très très fréquente, mais elle peut être très violente, et elle est difficilement repérable.

OK. Avez-vous une idée de la fréquence de ces maltraitements dans la population générale et dans votre cabinet ?

Alors j'avais suivi un travail de thèse il y a très longtemps sur la violence euh... un enfant sur sept, une petite fille sur sept subissait des attouchements ou des comportements déplacés de la part d'un majeur ou d'un ascendant majeur ou cousin... voilà. Je dirais que ça doit être à peu près... un enfant sur sept ou sur dix à peu près, qui subit des formes de violences. Soit par manque de soins éducatifs, soit par mésentente dans le couple, avec des peurs, avec des angoisses de disparition, de séparation, que pour moi j'assimile à une très grande violence psychologique.

Après au niveau des violences physiques, ça se rapprocherait plus du bébé secoué, du bébé à qui on enlève pas la couche tout de suite, que l'on laisse crier longtemps...

Voilà. Dans la mesure où l'enfant, petit, ne manifeste pas sa souffrance de la même façon qu'un parent, c'est difficile, et c'est bien pour moi que vous fassiez un travail sur des... que l'on ait des outils de repérage comme dans la violence faite aux femmes.

On a beaucoup travaillé ici sur la violence faite aux femmes, on a fait des protocoles, les internes ont assisté aux réunions qu'a organisé Me **** à Mont de Marsan et à Dax, je leur ai demandé même avant qu'ils arrivent en stage je les avais préinscrit. Et on a beaucoup beaucoup travaillé là-dessus.

D'accord. De manière générale, sur quels éléments vous appuyez-vous pour repérer les maltraitements ; comment le faites-vous?

Je laisse d'abord sur la table d'examen les parents déshabiller l'enfant ; pour savoir quel est le soin qui est pris, quelle est l'attention qui est prise. Ça me donne des éléments à la fois pour l'examen physique et pour la façon dont les parents euh ... le regard, la façon dont la tranquillité avec laquelle le bébé lui parle, euh... voilà.

Et après je suis très frappée par les... à la fois par la tension des jeunes couples, qui peut être énorme, et aussi par la façon dont ils peuvent parler à leurs enfants.

Et la troisième chose que j'assimile à une maltraitance actuellement, c'est que les mères _plus que les pères puisque c'est les mères qui s'en occupent_ sont sur leur portable sans arrêt. Pendant les balades de la poussette, pendant l'attente dans la salle d'attente, ... il n'y a plus de regard en vis-à-vis. Ça pour moi, c'est une éducation qu'il faudrait qu'on puisse redonner. Mais le fil générationnel a été coupé quelque part. Et ça pour moi c'est une grave maltraitance quand

l'enfant n'est plus prioritaire. Et ce qui me frappe c'est que dans des sociétés portugaises, bosniaques comme j'en ai vu beaucoup, polonaises ou africaines, ce regard il reste. Mais dans notre société actuellement, chez des...je sais pas comment dire, ... ce genre de regard est extrêmement choquant dans la salle d'attente.

On va maintenant aborder le dernier cas de maltraitance que vous avez vécu.

Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulé la consultation ?

[Silence]

Alors. Est-ce que ça concerne un attouchement ou est-ce que ça concerne une fracture du bras ?

Ça peut être l'un ou l'autre.

Je me souviens mieux du signalement. C'est un jour où... alors ça se passe souvent comme ça. A midi. Ou à... la dernière consultation, ou le soir à 20h, ou en garde à 22h. Parce que les personnes redoutent redoutent redoutent et puis se retrouvent... voilà. L'adulte qui vient est toujours dans l'émotion, ne sait pas s'il doit se plaindre, ne sait pas s'il doit signaler, ne sait pas si c'est un truc de recours de consultation médicale ou si ça représente quelque chose qu'il doit parler à l'assistante sociale, ou je sais pas.

Donc c'est une maman qui est arrivée avec son petit garçon qui a je dirais 6-7 ans, un couple qui est en situation de divorce, et l'enfant s'était plaint que le papa mettait la main dans la culotte.

C'est des plaintes que l'on n'aime absolument pas recevoir. Personnellement moi j'ai un rejet en me disant... « Dans quoi on se lance ? Qu'est-ce que je dois mettre dans le certificat ? A qui je dois envoyer ? Comment on doit faire ? Dans quoi je m'engage ? Est-ce que j'ai tout bien fait ou est-ce que j'ai tout mal fait ? » Et en fait ça été assez simple. La maman m'a exposé les faits, j'ai appelé la PMI à 13h30. La maman a été reçue par la PMI, je ne sais pas dans quelles conditions je dirais. Je sais que l'enfant a été reçu seul aussi, que l'on a évité qu'il raconte plusieurs fois son histoire pour éviter justement que ça devienne un récit et non plus son histoire. Et moi je ne les ai pas revu pendant plusieurs mois de la procédure, et je n'ai pas été tenue au courant, ou alors 1 ou 2 ans après. C'est-à-dire que les collègues ont vraiment gardé le secret dans l'équipe pour éviter qu'il y ait la moindre divulgation, et que moi en tant que médecin généraliste, je ne sois pas confrontée à... enfin...que mon attitude en consultation que ce soit avec le père et la mère, _que je connaissais très bien, et je travaillais avec le père_ ne soit pas influencée.

Mais moi j'ai pas compris que l'on ne m'ait pas tenu au courant au départ, parce que ça entraînait quand même pas mal d'angoisses, de « qu'est ce que j'ai fait ? » Un sentiment profond de culpabilité, voilà. Mais là j'avais fait mon boulot et je m'étais un peu débarrassée du problème.

Cette consultation, vous souvenez-vous comment elle s'est déroulée dans les faits véritablement?

Oui. Oui. A l'époque on n'avait pas de secrétariat, la maman m'a appelé en me disant « j'arrive au cabinet avec mon petit garçon, il m'a raconté des choses ». Le petit garçon était assis à votre place, la maman était là [*pointe le siège patient*], et euh... Bah je me suis contentée d'écouter. Peut-être que j'ai fait une lettre, mais à l'époque on ne scannait pas. Je sais que j'ai téléphoné à ma collègue C*** P***, qui était à ce moment-là médecin à la PMI.

D'accord. Vous avez examiné l'enfant ?

Non. Non. C'était uniquement la discussion. J'aurais été incapable à ce moment-là, d'examiner l'enfant, d'autant que je savais qu'il serait examiné après, et que je trouvais que c'était des gestes qui n'auraient rien apporté. Je ne me souviens pas d'avoir fait un courrier. Je pense que j'étais très bouleversée. Voilà. J'ai reçu toutes les choses, ... et en même temps, elle n'était absolument pas agressive contre... elle était dans « mon enfant m'a donné cette information, qu'est-ce qu'elle vaut ? Comment je dois la prendre ? Est-ce que c'est simplement qu'ils ont joué à se chatouiller comme n'importe quel père peut jouer avec ses enfants ? Est-ce que c'est plus grave ? » Voilà.

Du coup, est ce que vous avez récupéré les propos de l'enfant ?

Il ne parlait pas. L'enfant n'a pas parlé. Ou on ne l'a pas laissé parler. Et puis je ne savais pas, dans la mesure où il serait réinterrogé...Une chose que je savais c'est que plus un récit est raconté, plus il est déformé. Donc dans la mesure on ne l'enregistrais pas, j'avais peur que des questions suscitent des réponses inventées. Je ne savais pas recueillir un discours d'enfant comme ça.

D'accord.

Je peux rajouter quelque chose ?

J'avais vu, quelques mois avant, ou l'année précédente, j'avais vu un enfant qui avait carrément été violé par son oncle. Et c'était un enfant à l'époque du foyer familial, et je n'avais pas fait de signalement, parce que c'était toujours le samedi, toujours à midi moins cinq, l'enfant avait été accompagné par un éducateur, c'était vraiment au moment de Noël, et j'avais simplement téléphoné au directeur de l'établissement.

Et c'était quelque chose qui m'avait fait énormément peur, parce que je m'étais rendu compte, à ce moment-là il y avait une affaire qui avait explosé en France, sur un médecin qui n'avait pas déposé la plainte et le signalement dans les 24h, et qui avait été mis en prison.

Moi j'avais simplement, j'avais appelé le Directeur et l'éducateur, qui avaient dit « on va s'en occuper ». Je ne pouvais pas interdire qu'il rentre dans sa famille parce que ça aurait été prendre parti de la parole de l'enfant sans preuve. Donc ça voulait dire que l'enfant revenait dans cette famille là ce weekend,... ça été épouvantable. Et après j'ai fait un signalement dans la semaine _à l'époque on n'avait pas les moyens de maintenant_ que j'ai du envoyer par fax, au Procureur de la République je pense. Je me souviens d'un cauchemar, ça m'avait pourri les 15 jours qui venaient avec la peur d'être mise en cause et en prison. Il y a aussi ça. C'était un très grand frein qui était une lâcheté. Parce qu'on est très seul. En maison de santé on est moins seul.

Mais quand mes collègues recueillent ce genre d'informations, on en parle. On en parle entre nous : « qu'est-ce que tu ferais ? » Et en général on arrive à trouver les personnes ressources.

J'avais appelé le Conseil de l'Ordre qui m'avait dit : « si vous l'empêchez de rentrer chez lui, vous prenez parti. Déjà. Vous vous positionnez. » J'avais pas trouvé ça très aidant. Mais c'est aussi une expérience. Il faut se remettre il y a 40 ans.

D'accord. Là on est dans le cadre de consultations où le sujet est directement amené sur la table. Je ne sais pas si vous avez vécu des situations où vous aviez des doutes ?

Des bleus.

D'accord. Et dans ce genre de cas, il y a-t-il des mots que vous prononcez, comme pour

« ouvrir une porte » sur le sujet ?

Non. Non.

D'accord. Vous n'avez donc jamais eu à amener le sujet avec les parents, l'entourage ?

Avec les parents une fois vis-à-vis de la nounou. Des cheveux tirés, des petites plaques [*montre le cuir chevelu*], et puis des bleus.

Concernant le premier cas que vous avez évoqué, comment avez-vous vécu cette situation sur le plan émotionnel?

Oh très mal. Parce que je suis une éponge, et que je suis toujours dans la culpabilité : « qu'est-ce que je n'ai pas fait ? » Et en même temps je dis à mes internes que je considère que ce sentiment de culpabilité est un sentiment qui nous... et de peur, qui quelque part nous protège, parce qu'il nous alerte. Et on va faire de notre mieux pour faire des actes qui font qu'on a le sentiment d'avoir fait le maximum. Donc... pour moi la peur est une alerte. Mais j'ai peur toujours. Et honnêtement, plus peur des conséquences juridiques que de maîtriser la situation. Enfin... une situation de soin, envoyer au psychiatre, faire ce qu'il faut c'est pas difficile. C'est plus facile de recevoir une plainte quand on est médecin dans son bureau que quand on soupçonne quelqu'un dans nos entourages. Alors, c'est personnel mais je dirais qu'en tant qu'enfant on est très nombreux à avoir subi des violences, et que je sais que de mon expérience à moi, c'est la seule que j'ai, on en parle pas. On en parle 30 ans après.

[*Silence*]

Et lors de cette situation, qu'avez-vous rencontré comme difficultés ?

Un manque de formation juridique, pas savoir quel numéro appeler, pas savoir quelle est la conduite à tenir, parce que je l'avais pas travaillé. Et parce que c'est des situations qui sont toujours difficiles et qui nous tombent dessus.

D'accord. Et sur quelle partie de la consultation vous êtes-vous senti le moins en difficultés, s'il y en a une ?

J'allais dire sur le silence. C'est-à-dire que j'ai recueilli, j'ai écouté, je me suis tue, j'ai pas posé de questions. J'ai relancé : « ah bon vous croyez ? » [*Sourit*] Là je me suis sentie quelque part très professionnelle. Je savais aussi que j'allais passer la main. Et que j'allais expliquer à la maman les raisons pour lesquelles j'allais passer la main. Puisque je l'avais déjà vécu avec ce bras cassé, et que le Dr B**** pédiatre, qui avait une expérience à l'hôpital, m'avait donné quelques règles.

D'accord. Vous souvenez vous de la façon dont vous avez annoncé que vous alliez faire un signalement ?

Ah ben j'ai dit très clairement : « C'est une situation qu'il faut analyser, il faut des gens compétents, il faut un service social, il faut être plusieurs. Moi j'ai pas les connaissances, je suis pas pédiatre, je recueille votre inquiétude. » Et c'était facile parce que je m'entendais très bien et avec la mère et avec le père.

Par contre dans mon souvenir je me souviens que _ puisqu'on suit très longuement les patients _ c'était une maman qui était venue pleurer dans ma salle d'attente pendant qu'elle était enceinte de son petit garçon des années avant, parce que son mari n'en voulait pas. Et qu'elle a quand

même eu parce que voilà, elle avait pas voulu avorter mais... Donc c'était une séparation de couple mais finalement, c'était le début de la séparation je pense quand son mari lui a dit « non j'en veux pas ». Et elle était venue me demander conseil, [*se corrige*] parler, parce qu'on a rien à dire. Moi j'ai une phrase que m'avait appris mon collègue Dr F***** c'est « votre décision sera la bonne parce que ce sera la vôtre ».

Mmh. D'accord. Vous l'avez déjà un peu évoqué, mais dans votre vie, en dehors du cabinet, quels éléments vous sensibilisent davantage au sujet des maltraitances ?

Mon propre vécu, et le fait que ma sœur ait vécu la même chose, que ma mère ait vécu la même chose, et que nous n'en avons parlé que le jour de mon mariage, j'avais trente ans.

On a oublié d'inviter cette personne, au mariage, et ma sœur je me souviens je me préparais dans la salle de bain m'a dit... Je me suis mise à pleurer en me disant « Olala j'ai oublié d'inviter un tel ». On était pas nombreux on était 18 à mon mariage. Et elle m'a dit « mais moi aussi et tu sais très bien pourquoi ».

On avait 30 et 32 ans et on en a jamais parlé. Jamais. Jamais. Jamais.

Et je pense que beaucoup beaucoup d'enfants subissent des choses qu'ils ne maîtrisent pas et qui pourrissent quelque part leur adolescence et leur ouverture à la sexualité.

Après on passe dessus et... ce sont pas tellement les gestes qui sont plus ou moins graves mais c'est l'impression de ne pas être protégé. Moi j'en ai beaucoup voulu à mes parents d'être aveugles. Et par contre ma fille m'en a beaucoup voulu d'être paniquée de la laisser seule [*rit aux éclats*]. Et elle m'a posé la question quand elle était elle-même enceinte, et elle a voulu savoir qui c'était, et voilà. Je lui ai dit et elle m'a plus jamais posé de questions.

Parce que ça a modifié quand même tout notre rapport avec nos enfants.

Moi j'ai une maman qui a été très très violentée, vraiment de façon gravissime, et on ne comprenait pas pourquoi elle ne pouvait voir que des médecins femmes pour examiner son propre enfant. Elle n'en a jamais parlé à sa famille et moi, quand elle a su que je prenais ma retraite, elle m'a demandé de venir marcher avec elle le long du lac d'***, et on a marché pendant une heure, et elle m'a raconté les horreurs qu'elle avait vécu. Et elle voulait le déposer avant que je m'en aille.

Mmh. Et c'est la seule fois où elle vous en a parlé finalement ?

Alors, elle faisait à l'époque des crises d'hystérie. On lui faisait des scanners cérébraux, et puis une bonne psychose maniaco dépressive après, un bon état maniaco dépressif chronique. Et elle en a parlé à ses enfants qui ont maintenant 28 ou 30 ans.

Pensez-vous que ça a participé à conditionner votre exercice ?

Ah oui... enfin. Ce que ça m'a appris c'est que les enfants _on est très très très tolérants avec mon mari_ c'est que les enfants vivent des choses dont on a pas idée. Et ça j'en reste persuadée. Ils ont des peurs dont on a pas idée, traversent des choses dont on a pas idée. Donc on doit simplement... je crois qu'on les a jamais grondé nos enfants. Quand *** a démarré sa psychose, oui, parce qu'on comprenait pas, mais on a jamais... voilà.

Parce que moi je me souvenais que chez moi il y avait le martinet, qu'il y avait.... Fff. Que je trouvais les adultes très cons. Très très cons. Très ridicules.

Enfin... j'ai eu des bons parents hein. J'ai vécu 20 ans avec ma mère ces dernières années, mais euh... très dans une norme d'après-guerre, c'était encore Pompidou et De Gaulle, quoi. Il y avait la façade, mais derrière... qu'est-ce qu'ils étaient nuls. La parole n'était pas vraie. Alors que maintenant,... je pense que maintenant on l'entend plus. On parlait d'élevage en pédiatrie à

Bordeaux, on parlait pas d'éducation des enfants. C'était de l'élevage.

Mmh...De manière générale, faites-vous un message de prévention, de respect du corps ?

Ah oui.

Quel est ce message ?

Euh... Je m'en sers tous les jours avec mes enfants et amis : l'enfant ne pleure pas pour rien. Le bébé ne pleure pas pour rien. Il a des besoins de base, être changé, être nourri, avoir mal, les trois ou quatre raisons pour lesquelles il pleure, ou avoir besoin d'être bercé. Nous, parents ou adultes, sommes les seuls à pouvoir remplir cela. Je leur dis aussi que moins on va laisser un bébé pleurer, petit, tout petit, moins l'enfant va devoir crier pour obtenir ce qu'il veut, moins il va mettre dans sa petite enfance le cri pour obtenir ce qu'il veut. Et que finalement, on peut apprendre à comprendre ce que veut l'enfant : la façon de se tortiller, la façon de faire la gueule, ou la faim. Il faut vraiment que les parents essaient ça, et si ça ça marche pas, et beh c'est simplement qu'il veut être avec nous et être bercé. Et c'est tellement peu de temps, qu'on a rien de mieux à faire que de faire ça.

Ce dialogue avec les parents, est ce qu'il a pu parfois mener à un signalement ?

Non. Non parce que c'est plus des parents qui vont pas...

J'ai une maman turque qui est bac + 12. Je fais une crèche parentale le mercredi chez moi, c'est-à-dire que j'accueille les mamans qui ont besoin d'aller faire des courses, ou aller chez des amis. Elle, elle le privait de manger sans le savoir. Comme elle voulait continuer à le nourrir au sein, l'enfant pleurait, donc elle le renourrissait, l'enfant n'avait pas assez, et donc il pleurait tout le temps. Il hurlait. Et en fait, un biberon de 240 puis un de 120 derrière ont résolu les choses en 48h. Mais comme la maman voulait allaiter, parce que c'était mieux, parce que c'était bien, parce qu'en Turquie on allaite deux ans et qu'elle était à 3 mois et 4 mois et que le bébé faisait déjà 8 ou 9 kilos et qu'elle y arrivait plus, parce que la vie n'est pas la même en France, voilà. Et là c'était de la souffrance de ce bébé. Qui a duré 3-4 mois, mais les parents sont très reconnaissants quoi. Et maintenant elle est passée au biberon et tout va bien quoi. Parce que des fois l'allaitement il peut pas continuer. Il y a une culpabilisation en ce moment très très forte pour allaiter, ce que ne peuvent pas faire les gens. Soit parce qu'ils n'ont pas de famille autour... voilà.

D'accord. Avez-vous déjà regretté de ne pas avoir fait de signalement, ou de l'avoir fait trop tard ?

[Silence]

Doit-on faire un signalement quand on voit des mères défaillantes, ou des pères défaillants, des parents dans des situations socio conjugales, amoureuses délirantes, qui sont violentes pour les enfants ? Mais qu'est-ce que va faire la société pour eux ?

Des parents qui se séparent, qui se jettent l'enfant le soir au café ? Moi j'ai vu des scènes de parents dans un café, où la maman travaillait loin donc elle était obligée de demander à son ex conjoint de récupérer l'enfant, et tous les soirs l'enfant était déposé avec une poche en plastique dans laquelle il y avait ses affaires : « tu l'as fait manger ? » Comme s'il était un objet, on parlait au-dessus de sa tête et c'était une souffrance de l'enfant énorme mais... qu'aurait changé un signalement ? Est-ce que je n'aurais pas aggravé la situation avec un retrait des parents ? Avec un retrait de l'enfant en famille d'accueil ?

[Lève les sourcils]

Et l'information préoccupante ?

J'ai jamais fait. Mais parce qu'aussi j'avais, avec mes collègues de la PMI, des relations fluides qui permettaient qu'on en parle, parce que souvent comme les consultations de la PMI étaient gratuites, elles s'adressaient à une population défavorisée, et donc on disait là : on s'inquiète. Par exemple sur les non prises de poids ou l'enfant qui ne grandit plus, ça permettait d'échanger et de reconvoquer « sous prétexte que ». Avec Madame P***, avec Madame B***, avec les services de sages femmes... c'était pas des signalements, mais c'était euh... [cherche ses mots]

Du relationnel ?

Du relationnel.

Quel est selon vous l'intérêt de faire un dépistage de ces maltraitances ?

Ben... d'être plus compétents nous. Enfin, moi j'aime beaucoup tout ce qui est protocole, parce qu'on a une route. C'est-à-dire que d'abord, il faut passer trois stop. Ça permet d'être tranquille dans sa consultation. Et après on peut avoir des chemins de traverses, comme je vous dis je n'ai pas fait de signalement, mais j'ai régulièrement parlé de situations préoccupantes. Ou par exemple, des enfants sont très petits et où les parents voulaient pas faire toute la démarche de l'hormone de croissance et tout ça, de me faire aider, on est plusieurs à en parler, donc on finit par cerner, ou on finit par avoir un transport parce que les parents n'ont pas l'argent, pour aller à l'hôpital, enfin. Je veux dire il y a un tas de choses que l'on peut faire qui permet d'améliorer. Oui. Moi je pense que c'est comme le tabac, maintenant je sais que de parler de tabac ou d'alcool à quelqu'un, même si je n'obtiens pas de réponse positive, statistiquement, on approche de l'arrêt. Comme de faire faire une radio pulmonaire à un fumeur, si le radiologue a la gentillesse de dire « Oulala », on sait que les gens ce sera un pas de plus qui va les faire avancer. Et puis de faire en questions ouvertes des propositions : « Est ce que vous voulez pas qu'on revoie la sage-femme ? Est ce que vous voudriez pas qu'elle passe chez vous régulièrement ? Est-ce que vous voulez pas qu'on se voit un peu plus souvent ? »

Moi c'est ce que je vois faire à la pédiatre avec mon gendre, avec ce bébé qu'il élève seul. Donc pas la pédiatre, mais le médecin généraliste lui propose des rendez-vous. Ça lui est même arrivé de passer à la maison, voir comment ils allaient. Venir en soutien, de l'épuisement qui pourrait entraîner un manque de soin. Je vois aussi des médecins qui ont ce comportement-là.

Ok. Et quand vous parlez de la sage-femme, est ce que vous pensez que ce suivi peut se faire avant la naissance de l'enfant ?

Oh oui. Oh oui.

Moi j'avais demandé ça pour ma fille, mais la sage-femme n'est jamais venue. Jamais. Je pensais qu'elle avait besoin de beaucoup plus de soutien. Mais j'en ai pas eu. Parce que les Landes sont un département énorme. Voilà.

D'accord. Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez rajouter, peut être en lien avec d'autres situations, pour améliorer, spécifiquement le repérage en cabinet ?

Je pense qu'il faudrait faire le même travail que sur la violence faite aux femmes.

C'est-à-dire ?

C'est-à-dire, ben la question que l'on peut poser quand on voit des gens, _ et que mes internes osent poser_ : « avez-vous subi des maltraitances ? Vous sentez-vous harcelé dans votre

travail ? »

Moi j'ai eu, de façon indirecte, une plainte d'une femme qui était violée par son patron et qui voulait absolument pas que ça se sache parce que son mari aurait tué le patron. Donc elle était dans un état de ...voilà.

[Silence]

Merci beaucoup pour votre témoignage.

Annexe 4. Avis du comité d'éthique



Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
GROUPE PUBLICATION

Bordeaux, le 13/10/2019

Pr Marie - Claude Saux
Coordinatrice

Dr Thibaud Haaser
Coordinateur Adjoint

Dr Véronique Avérous
Présidente du Comité d'Éthique du
CHU de Bordeaux

Courriel :
Publication.comite.ethique@chu-bordeaux.fr

Chère Madame,

Après analyse du synopsis de votre travail de recherche et du guide des entretiens semi directifs, dans le cadre de l'obtention de votre thèse en Médecine Générale le Groupe Publication du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux vous confirme l'absence de nécessité de soumettre votre projet à un Comité de Protection des Personnes.

Bien que le sujet de la maltraitance infantile, soit effectivement sensible, le groupe publication a noté qu'il s'agissait d'une étude portant sur les pratiques et les représentations des médecins généralistes sur la maltraitance infantile. Le recueil des données se fait directement auprès des médecins sans aucun contact avec les patients ou leurs proches. La prise en charge individuelle du patient ne sera pas modifiée par la réalisation de votre étude

Pour autant nous vous invitons

à déclarer votre travail auprès de la Cnil comme pour tout travail de recherche,

à procéder au recueil de la non opposition des personnes impliquées ,à savoir les médecins

à réaliser l'anonymisation des données ,leur protection et à sécuriser l'accès aux données.

Dr Thibaud HAASER
Service de Radiothérapie
HOPITAL HAUT LEVEQUE-BESSAC

Pour le Groupe Publication du Comité d'Éthique du
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Annexe 5. Déclaration CNIL

BORDEAUX

Fiche du registre des traitements de données à caractère personnel

(format RGPD, proposé par la CNIL)

Date de création de la fiche	10/10/2019
Date de dernière mise à jour de la fiche	
Nom du responsable et du responsable conjoint du traitement (dans le cas où la responsabilité de ce traitement de données est partagée avec un autre organisme)	Dr COSTA Aurélie Dr TURCHET Sébastien
Nom du logiciel ou de l'application (si pertinent)	Nvivo

Objectifs poursuivis

Décrivez clairement l'objet du traitement de données personnelles et ses fonctionnalités.

Exemple : pour une activité « formation des personnels » : suivi des demandes de formation et des périodes de formation effectuées, organisation des sessions et évaluation des connaissances.

L'objectif est de mettre en évidence des stratégies de repérage des maltraitances infantiles en cabinet de médecine générale. Le recueil des données se fera par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, avec comme support une grille d'entretien préalablement établie.

Catégories de personnes concernées par le traitement

Listez les différents types de personnes dont vous collectez ou utilisez les données.

Exemples : salariés, usagers, clients, prospects, bénéficiaires, etc.

Population de 12 à 20 médecins généralistes ayant une activité libérale dans les Landes +/- départements limitrophes et ayant déjà réalisé au moins une information préoccupante ou un signalement.

Mode de recrutement : sélection d'informations préoccupantes rédigées par des médecins généralistes auprès de la CRIP, puis par effet boule de neige à partir de ceux-ci.

Catégories de données collectées

Listez les différentes données traitées

Etat-civil, identité, données d'identification, images (nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, etc.)

Nom, prénom, sexe

Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)

Vie professionnelle (CV, situation professionnelles, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.)
Mode d'activité, pourcentage de consultations pédiatriques au sein de l'activité, formation sur la violence

Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, données bancaires, etc.)

Ac

SV

Données de connexion (adresses Ip, logs, identifiants des terminaux, identifiants de connexion, informations d'horodatage, etc.)

Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, ...)

Internet (cookies, traceurs, données de navigation, mesures d'audience, ...)

Autres catégories de données (précisez) :
Vécu personnel/professionnel sensibilisant au sujet des violences.....

Des données sensibles sont-elles traitées ?

La collecte de certaines données, particulièrement sensibles, est strictement encadrée par le RGPD et requiert une vigilance particulière. Il s'agit :

- des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique,
- des opinions politiques,
- les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale des personnes,
- des données génétiques et biométriques,
- des données concernant la santé, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes,
- des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions,
- du numéro d'identification national unique (NIR ou numéro de sécurité sociale).

Oui Non

Si oui, lesquelles ? :

Durées de conservation des catégories de données

Combien de temps conservez-vous ces informations ?

jours mois ans
 Autre durée : dès publication de la thèse (maximum novembre 2023), les données consultables sur le document seront anonymisées.

Les données conservées sur ordinateur seront elles supprimées.

Si vous ne pouvez pas indiquer une durée chiffrée, précisez les critères utilisés pour déterminer le délai d'effacement (par exemple, 3 ans à compter de la fin de la relation contractuelle).

Si les catégories de données ne sont pas soumises aux mêmes durées de conservation, ces différentes durées doivent apparaître dans le registre.

Catégories de destinataires des données

Destinataires internes

(exemples : entité ou service, catégories de personnes habilitées, direction informatique, etc.)
Données accessibles par les lecteurs du document de thèse, via le site web sudoc

Organismes externes

(Exemples : filiales, partenaires, etc.)

AC 

Sous-traitants

(Exemples : hébergeurs, prestataires et maintenance informatiques, etc.)

Site hébergeur SUDOC

Transferts des données hors UE

Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ?

Oui Non

Si oui, vers quel(s) pays :

Dans des situations particulières (transfert vers un pays tiers non couvert par une décision d'adéquation de la Commission européenne, et sans les garanties mentionnées aux articles 46 et 47 du RGPD), des garanties spécifiques devront être prévues et documentées dans le registre (article 49 du RGPD). Consultez le site de la CNIL.

Mesures de sécurité

Décrivez les mesures de sécurité organisationnelles et techniques prévues pour préserver la confidentialité des données.

Le niveau de sécurité doit être adapté aux risques soulevés par le traitement. Les exemples suivants constituent des garanties de base à prévoir et peuvent devoir être complétés.

Contrôle d'accès des utilisateurs

Décrivez les mesures :

Données cryptées sur ordinateur portable

Mesures de traçabilité

Précisez la nature des traces (exemple : journalisation des accès des utilisateurs), les données enregistrées (exemple : identifiant, date et heure de connexion, etc.) et leur durée de conservation :

Données conservées sous Microsoft Word sur ordinateur portable personnel, non accessible en ligne. Accès à l'ordinateur protégé par mot de passe.

Mesures de protection des logiciels (antivirus, mises à jour et correctifs de sécurité, tests, etc.)

Décrivez les mesures :

Antivirus AVAST

Sauvegarde des données

Décrivez les modalités :

Chiffrement des données

Décrivez les mesures (exemple : site accessible en https, utilisation de TLS, etc.) :

Contrôle des sous-traitants

Décrivez les modalités :

AR SG

.....
.....
.....
 Autres mesures :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En tant que responsable du traitement, je certifie l'exactitude des informations portées sur cette déclaration et m'engage à signaler toute modification.

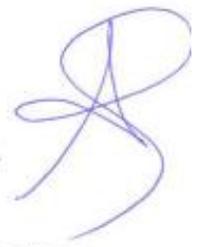
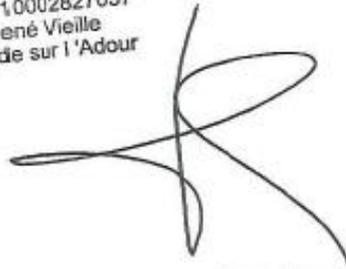
Date :

17/10/19

Nom :

Dr Sébastien TURCHET
40 102261 1/ 10002827037
57, Rue René Vieille
40270 Grenade sur l'Adour

signature :



CH DAX Côte d'Argent
URGENCES - SMUR
Dr A. COSTA
10100126175

Annexe 6. Extrait de l'arbre thématique

THEMES	SOUS THEMES	CODES ET VERBATIMS
DIFFICULTES ET FREINS AU REPERAGE	Tension psychologique	<p>Manque de preuves</p> <p><i>P9 : « Moi ma difficulté c'est comment on peut faire ce signalement sans être sûre ? »</i></p>
		<p>Manque de discernement</p> <p><i>P12 : « moi qui connais toute la famille, je me suis dit « c'est impensable que j'ai pas pu penser à ça alors que c'est une famille que je suis » »</i></p>
INTERET DU REPERAGE	Eviter la répétition d'un schéma éducatif violent	<p>Intégrer le maltraitant dans un réseau de soins</p> <p><i>P8 : « de protéger aussi les parents maltraitants. Parce que voilà, si on protège les uns, on amène les autres à être pris en compte et être mis dans un réseau de soins. »</i></p>
SIGNES D'ALERTE	Éléments objectifs	<p>Lésions</p> <p><i>P4 : « il était tombé dans le fossé, et il avait des lésions, des égratignures, des bleus, des griffures, un peu partout. »</i></p>
STRATEGIES ADAPTATIVES	Créer un refuge pour l'enfant	<p>Signifier qu'il sera écouté</p> <p><i>P14 : « Essayer de me présenter en tant que Docteur, de lui dire « tu peux rester avec le Docteur, tu peux parler, tu peux tout dire ». »</i></p>
	Devenir systématique	<p>Dépistage</p> <p><i>P5 : « J'ai par ailleurs demandé à la maman si elle même était victime de maltraitance. »</i></p>
ELEMENTS DE SENSIBILISATION	Retour sur expérience	<p>Regrets</p> <p><i>P5 : « Après mon premier épisode complètement foiré qui a quand même conditionné tout le reste de mon activité médicale »</i></p>

Annexe 7. Traduction française de la grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 8. Signes évocateurs de maltraitance, HAS 2017

Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

La situation

→ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

- ▶ chez l'enfant :
 - la prématurité,
 - des troubles du développement et/ou du comportement,
 - le handicap ;
- ▶ chez les parents :
 - tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
 - des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
 - des violences conjugales,
 - des addictions,
 - l'isolement social et surtout moral,
 - des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

L'anamnèse

→ Une maltraitance est à évoquer :

- ▶ chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;
- ▶ à tout âge devant :
 - des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
 - une lésion pour laquelle :
 - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
 - l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
 - un retard de recours aux soins,
 - des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
 - des antécédents d'accidents domestiques répétés,
 - une ou plusieurs tentatives de suicide,
 - des fugues et conduites à risque,
 - une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
 - des faits de maltraitance dans la fratrie.

Des signes physiques

Ecchymoses

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Des signes physiques (suite)

Brûlures

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
- brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Fractures

→ Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

▶ chez un nourrisson :

- toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;

• à tout âge :

- ◀ les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra).

Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturale-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Des signes de maltraitance psychologique

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Des signes physiques (suite)

Brûlures

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
- brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

Fractures

→ Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

- ▶ chez un nourrisson :
 - toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
- à tout âge :
 - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra).

Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

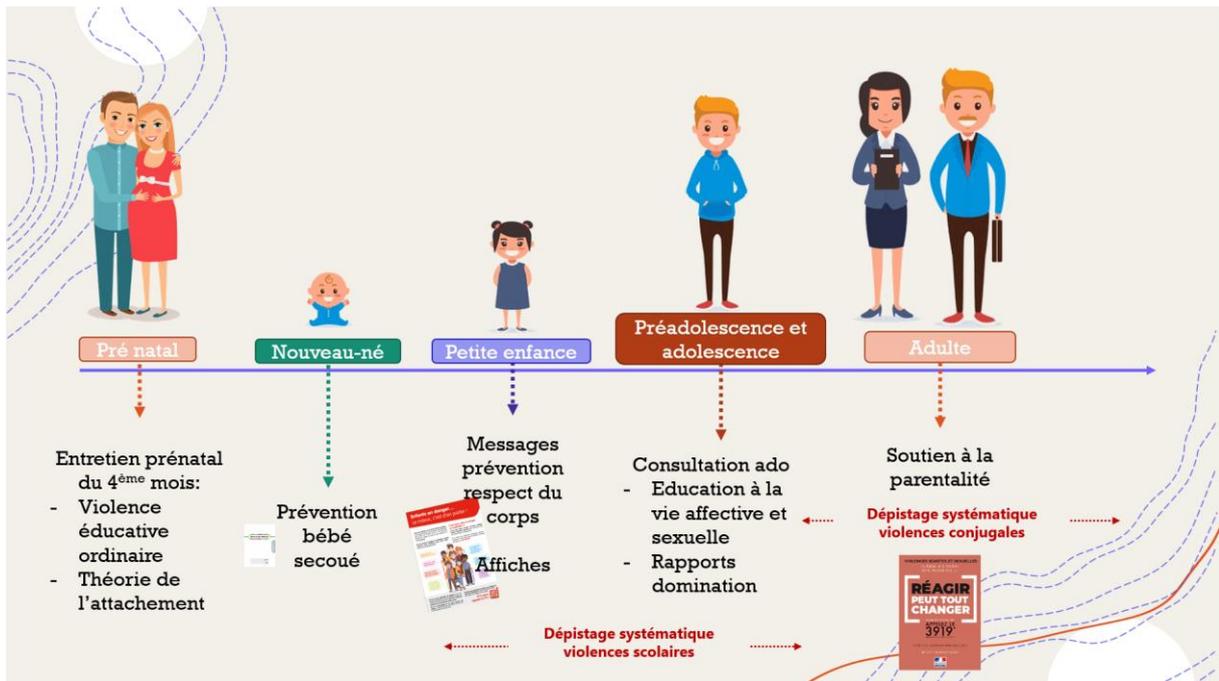
Des signes de maltraitance psychologique

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Annexe 9. Interventions brèves à tous les âges de la vie



RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Introduction La maltraitance infantile est un problème de santé publique aux lourdes conséquences sur le développement de l'enfant, mais elle demeure sous diagnostiquée. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le suivi médical de l'enfant ; il est pourtant rarement à l'origine des informations préoccupantes.

Objectif Mettre en évidence des stratégies de repérage des maltraitances infantiles reproductibles en cabinet.

Méthode Une étude qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de quatorze médecins généralistes des Landes ayant réalisé au moins une information préoccupante pour suspicion de maltraitances infantiles.

Résultats Ce travail propose des axes d'amélioration des pratiques à partir des stratégies adaptatives développées par les praticiens interrogés. Parmi ces dernières, différents sous thèmes ont émergé : utiliser des messages de prévention, créer un refuge pour l'enfant en amont de toute violence, identifier les signes d'alerte, se positionner en tant que « médecin soutien » auprès des familles, adopter une neutralité bienveillante, devenir systématique, et surtout, ne pas rester seul face à des incertitudes.

Conclusion Le médecin généraliste devrait être un acteur central de la protection de l'enfance. Afin de tendre vers cela, il nous semble primordial d'évoluer vers un nouveau paradigme, à savoir : reconsidérer le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité, et repenser la consultation pédiatrique en allant vers un dépistage systématique des violences intrafamiliales et scolaires.

TITRE ET RESUME EN ANGLAIS:

Child maltreatment: how to spot it? A qualitative study about general practitioners in the department of Les Landes.

Introduction Child maltreatment is a public health issue which has serious consequences on child development and health, but it remains underdiagnosed. The general practitioner has a central position in the medical follow up of children. However, the medical profession is rarely involved in the reporting of worrying information.

Purpose The aim of this study is to bring out strategies for tracking child maltreatment, which could be replicable in general medicine practice.

Methods A qualitative study has been conducted by semi-directed interviews with fourteen general practitioners who reported at least one worrying information in the department of Les Landes in France.

Results This study suggests ways of improvement of the medical practices for tracking child maltreatment as soon as possible. Different themes arise: using prevention messages, creating shelter for children upstream any violence, recognizing the warning signs, positioning oneself as a support for families, adopting a benevolent neutrality, becoming systematic, and most of all, not remaining alone facing uncertainties.

Conclusion The general practitioner must be a key actor in the child protection system. Thus, it would be interesting to work towards a new paradigm: reconsider the role of the general doctor who could provide support for parenting, and redesign the pediatric consultation, by going out to a systematic screening of intrafamilial and scholar violence.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLES : Maltraitance infantile, diagnostic précoce, médecine générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX