



HAL
open science

Représentations et pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les violences éducatives ordinaires

Julie Nimper

► **To cite this version:**

Julie Nimper. Représentations et pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les violences éducatives ordinaires. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03443767

HAL Id: dumas-03443767

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03443767>

Submitted on 23 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie NIMPER

Le 14 octobre 2021

REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE
L'HERAULT CONCERNANT LES VIOLENCES EDUCATIVES ORDINAIRES

Directrice de thèse : Madame le Docteur Armelle HAQUET

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Madame le Docteur Armelle HAQUET

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie NIMPER

Le 14 octobre 2021

REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE
L'HERAULT CONCERNANT LES VIOLENCES EDUCATIVES ORDINAIRES

Directrice de thèse : Madame le Docteur Armelle HAQUET

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Madame le Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Madame le Docteur Armelle HAQUET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÈRE Jean Pierre



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal QUERE Isabelle	Biologie cellulaire
RENARD Eric	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
<u>PU-PH de 1^{re} classe</u>	
AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LEQUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
Jorge LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Héléne	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

*« Un enfant blessé dans son intégrité ne cesse pas d'aimer ses parents,
il cesse de s'aimer lui-même »*

Jesper Juul

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe Lambert,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie sincèrement. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

À Madame le Docteur Agnès Oude Engberink,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour votre bienveillance et vos conseils avisés qui m'ont été précieux dans l'élaboration de ce travail.

À Madame le Docteur Armelle Haquet, directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Ton expertise et ton expérience dans la protection de l'enfance m'ont été d'une grande aide et ont permis d'enrichir ce travail. Merci pour ta gentillesse, tes encouragements et tes conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec toi.

Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude,

Sans vous ce travail n'existerait pas, merci pour votre accueil et votre disponibilité.

À Guillaume,

Merci pour ton amour, ton soutien et surtout ta patience depuis le début de ces études. Merci d'être à mes côtés depuis tant d'années. Je t'aime.

À Raphaël,

Grâce à toi je suis devenue maman et tu es de loin ma plus belle réussite. Ta curiosité, ta gaieté et ton sourire me comblent de joie chaque jour. J'espère pouvoir t'apporter toute la douceur et la bienveillance que tu mérites.

À mes parents,

Maman, merci pour ta présence et ton dévouement quotidien envers nous, merci de m'avoir toujours écoutée lorsque j'en avais besoin et d'avoir su trouver les mots pour me rassurer.

Papa, merci pour tes paroles sages et tes encouragements, pour ton regard rempli de fierté lorsque tu m'appelles « Docteur Nimper ».

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, qui m'ont permis d'avancer et de me construire. Merci infiniment pour votre soutien inconditionnel durant ces longues années d'étude, vous avez été présents pour moi dans les moments heureux comme dans les moments difficiles et je n'y serais jamais arrivé sans vous.

À ma sœur et à mon frère,

Camille, merci pour tous ces moments de complicité partagés pendant notre enfance, merci d'être l'oreille attentive sur laquelle je sais que je peux compter en cas de besoin.

Thomas, je n'ai pas pu être présente pour toi autant que je l'aurais voulu durant toutes ces années d'étude, mais sache que tu pourras toujours compter sur moi.

Je suis fière de vous et je vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

À mes grands-parents,

Mamie, Pépé, merci pour vos encouragements et votre soutien, merci de croire en moi.

Papy, Mémé, je sais que vous continuez à veiller sur moi et guider mon chemin de là où vous êtes, vous me manquez énormément.

À mes oncles et tantes, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

À mon parrain, merci de m'avoir « serré les pouces » toutes ces années !

À ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts, merci pour votre soutien.

À Marie,

Pour avoir traversé la tourmente de la PACES avec moi. Heureusement que les cafés vanille et Méthionine étaient là pour nous remonter le moral ! Merci pour cette amitié qui dure depuis des années maintenant.

À Camille,

Notre amitié est une évidence et j'aurais aimé te rencontrer bien plus tôt. Je serai toujours là pour te rappeler que tu as pris la meilleure décision de ta vie.

À mes amies de l'externat, Bérénice, Anaïs, Claire, Julie,

Nos routes se sont un peu séparées, mais je garde de très bons souvenirs de l'externat avec vous.

À mes amis de l'internat,

Sans vous, le stage aux urgences de Lapeyronie n'aurait clairement pas eu la même saveur. Merci pour tous les bons moments que l'on a partagés ensemble (bien que ce soit toujours compliqué de trouver une date !). J'espère qu'il y en aura plein d'autres !

Aurore, pour nos soirées sushis, j'ai hâte que tu me fasses (re)découvrir la Guadeloupe !

Angèle, pour ton esprit cultivé et les belles découvertes (culinaires, littéraires...) que l'on fait grâce à toi !

Déborah, pour ta gentillesse à toute épreuve et nos soirées Koh-Lanta avec Angèle.

Célia, pour tes anecdotes toujours hilarantes sur tes péripéties aux urg'.

Margaux et Sylvain, pour votre bonne humeur et les bons moments passés ensemble.

À tous les médecins qui ont participé à ma formation pendant ces longues années,

Merci de m'avoir aidée à construire le médecin que je suis. Une pensée en particulier à :

Adrien et Virginie, merci pour votre disponibilité et votre écoute lors du SASPAS, j'ai beaucoup appris auprès de vous.

Chloé, pour ton humour, ta bienveillance et nos parties de rigolade aux urgences pédiatriques.

Stéphanie, pour ta gentillesse pendant le stage en maternité puis lors de mon séjour en maternité après la naissance de Raphaël.

Et à tous ceux que j'oublie et qui comptent également beaucoup pour moi,

Flora, Clémence... et tous les autres, merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

MG : Médecine Générale

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

GED : Groupe Enfance en Danger

FMC : Formation Médicale Continue

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité

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

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

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

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

OVEO : Observatoire de la Violence Educative Ordinaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	20
LISTE DES ABREVIATIONS	23
SOMMAIRE	24
INTRODUCTION	27
MATERIEL ET METHODE	30
1. Type d'étude	30
2. Population étudiée.....	30
3. Méthodologie des entretiens	31
4. Analyse des données	34
RESULTATS	35
1. Caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon	35
2. Analyse thématique des entretiens.....	37
2.1 Les représentations des médecins généralistes sont hétérogènes et influencées par le vécu personnel	37
2.1.1 Une définition propre à chaque médecin.....	37
2.1.2 Tolérance de certaines formes de violence selon le contexte.....	38
2.1.3 Un impact variable sur l'enfant et son développement	39
2.1.4. Les facteurs entraînant le recours aux violences éducatives sont multiples	40
2.1.5 Le vécu personnel des médecins généralistes	42
2.2 Le médecin généraliste confronté à la violence éducative en cabinet : la complexité du dépistage	44
2.2.1 La fréquence des violences éducatives est très certainement sous-estimée car le cabinet du praticien n'est pas forcément le meilleur lieu pour les dépister.....	44
2.2.2 Les violences psychologiques plus fréquentes que les violences physiques	45
2.2.3 La question des violences éducatives est spontanément peu abordée en consultation.....	45
2.2.4 Les praticiens évoquent une difficulté à aborder le sujet des violences éducatives.....	46
2.2.5 Les signes d'alerte en consultation	48

2.2.6 Facteurs facilitant le dépistage	49
2.3 Prise en charge de la violence éducative par le médecin généraliste	50
2.3.1 Modalités d'intervention du médecin généraliste	50
2.3.2 Manque de ressources et difficultés ressenties face aux situations de violences éducatives	52
2.4 La formation des médecins généralistes sur les violences éducatives est pauvre	54
2.4.1 La formation initiale n'aborde pas le sujet des violences éducatives.....	54
2.4.2 Les médecins généralistes ont parfois le sentiment de ne pas être assez compétents	54
2.4.3 Le choix de se former en fonction de leur intérêt personnel pour le sujet.....	54
2.4.4 Une formation par leurs propres moyens	55
2.5 Place et attentes du médecin généraliste vis-à-vis de la violence éducative	56
2.5.1 Un rôle d'une grande importance pour la plupart des médecins interrogés.....	56
2.5.2 Un rôle plus modeste pour certains médecins.....	57
2.5.3 Pistes d'amélioration des pratiques vis-à-vis de la violence éducative.....	57
2.6 En lien avec l'actualité sanitaire : impact du confinement sur les violences éducatives ordinaires	59
2.6.1 Le vécu du confinement variable selon le secteur d'exercice du médecin	59
2.6.2 Attitudes des médecins vis-à-vis de la violence éducative pendant la crise sanitaire.....	59
2.6.3 Une absence d'augmentation des violences éducatives ?	60
DISCUSSION	61
1. Forces et limites de l'étude	61
1.1 Forces de l'étude.....	61
1.2 Limites de l'étude	61
2. Discussion des résultats	62
2.1 Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	62
2.2 À propos de la crise sanitaire et de la période de confinement.....	68
2.3 Pistes d'amélioration et implications pratiques	69
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES	81
1. Annexe 1 : Loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des VEO	82

2. Annexe 2 : Guide d'entretien.....	83
3. Annexe 3 : Document de consentement éclairé.....	84
4. Annexe 4 : Groupe Enfance en Danger	85
5. Annexe 5 : Campagnes de sensibilisation.....	86
SERMENT D'HIPPOCRATE	87
RÉSUMÉ.....	88

INTRODUCTION

La violence à l'encontre des enfants est un problème de santé publique majeur car les répercussions sur le développement des enfants, sur la santé mentale et physique à long terme des individus et sur la société en général, sont aujourd'hui bien démontrées.

Pendant des siècles, l'usage des châtiments corporels a été largement répandu dans le monde et approuvé par les sociétés de l'époque comme une méthode éducative normale, banale, voire même indispensable pour assagir les enfants et les contraindre à l'obéissance (1). Ce n'est qu'à partir de la fin du XVIII^e siècle que l'on observe un changement et que des réglementations à l'encontre des punitions corporelles (concernant initialement le milieu scolaire) commencent lentement à apparaître.

En novembre 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies et a marqué un tournant décisif en matière de protection de l'enfance (2). Il s'agit en effet du premier texte international juridiquement contraignant, qui reconnaît les enfants comme des êtres à part entière et protège de façon explicite leurs droits fondamentaux, et notamment le droit à être protégé(e) contre toute forme de violence(s).

Après l'initiative de la Suède en 1979, de nombreux pays ont progressivement légiféré en faveur d'une interdiction des châtiments corporels et humiliations y compris au sein de la famille (3).

Ce n'est que très récemment que la France a banni à son tour les violences éducatives ordinaires (VEO) suite à la publication de la loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 qui précise que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques » (annexe 1). La législation française condamnait déjà toute forme de violence à l'encontre des enfants dans le cadre du droit pénal mais les corrections légères à visée éducative étaient parfois tolérées par la jurisprudence française sous couvert du traditionnel « droit de correction ».

Quelle différence entre la maltraitance et les violences éducatives ? Selon l'ODAS, « un enfant maltraité est un enfant qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

La maltraitance semble donc se différencier des violences éducatives par la notion de gravité et dépend du seuil de tolérance admis par la société.

Actuellement en France, il n'existe pas de définition juridique des violences éducatives ordinaires. Dans le rapport gouvernemental relatif à la violence éducative d'août 2019 (4), la violence éducative ordinaire y apparaît comme « l'ensemble des pratiques coercitives et punitives utilisées, tolérées, voire recommandées dans une société, pour 'éduquer' les enfants. Elle est faite de violence verbale : moqueries, propos humiliants cris, injures... ; de violence psychologique : menaces, mensonges, chantage, culpabilisation... ; et/ou de violence physique : gifles, pincements, fessées, secousses, projections, tirage de cheveux, tapes sur les oreilles ».

Si la violence envers les enfants a connu un recul sensible ces dernières décennies et que l'idée d'une parentalité bienveillante a progressé dans les esprits, les données disponibles suggèrent que les violences éducatives restent encore largement employées.

En France, un sondage TNS Sofres de 2009 a montré que 82% des parents étaient opposés à une loi « anti-fessée » et 67% des parents avaient déjà donné des fessées (5). Selon une méta-analyse publiée en 2016, 50% des parents frapperaient leur enfant avant l'âge de 2 ans et les trois-quarts avant l'âge de 5 ans (6). À l'échelle mondiale, un rapport de l'UNICEF datant de 2017 rapporte que près de 300 millions d'enfants de 2 à 4 ans (trois sur quatre) sont régulièrement victimes de discipline violente de la part d'un parent ou d'une personne qui s'occupe d'eux et 250 millions (environ six sur dix) subissent des punitions physiques (7).

Selon le Docteur Catherine Gueguen, pédiatre spécialisée dans le soutien à la parentalité, plusieurs facteurs expliquent ce recours à la violence (8) : reproduction par les parents du schéma familial vécu et de l'éducation reçue, principes éducatifs véhiculés par la société et peur de « l'enfant roi », mauvaise interprétation des comportements de l'enfant, méconnaissance des conséquences de ces violences sur la santé et le développement des enfants.

De nombreuses études ont en effet démontré les effets néfastes de ces traitements sur la santé et le comportement de l'enfant et les conséquences potentielles à l'âge adulte : majoration du risque de troubles psychiatriques (anxiété, syndrome dépressif, sentiment d'insécurité et de stress...) chez l'enfant (9,10) et chez l'adulte (11,12), risque de développement de comportements agressifs pendant l'enfance (13,14) et à l'âge adulte (15), consommation de toxiques et addictions (11), risque de troubles des conduites sexuelles (16), majoration du risque de maladies somatiques (17).

Les études démontrent également un lien entre les VEO et la maltraitance. Un enfant soumis à des épisodes de violence physique ou psychologique « mineure » voit ses risques de violence sévère augmenter de sept fois (18). En cela, les VEO sont un réel enjeu de santé publique, et ce d'autant

plus qu'en France, selon un rapport de l'IGAS récemment publié en avril 2019, un enfant meurt tous les cinq jours sous les coups de ses parents ou de proches (19).

Ayant été sensibilisée à la violence envers les enfants lors de mon stage aux urgences pédiatriques du CHU de Montpellier, j'ai donc souhaité réaliser un travail de recherche qualitative auprès des médecins généralistes. Je me suis demandé quelles sont les représentations et les pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les violences éducatives ordinaires ?

De nombreux travaux de recherche ou thèses se sont intéressés à la maltraitance infantile (repérage et prise en charge en médecine générale (20,21), ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la maltraitance (22)...), mais très peu abordent la question des violences éducatives.

Face à ce constat, il m'a paru intéressant d'interroger des médecins généralistes sur le sujet des violences éducatives ordinaires car ils occupent une place prépondérante dans le suivi de l'enfant et de son développement. Ils pourraient donc avoir un rôle important de sensibilisation auprès des parents afin de prévenir les violences éducatives et promouvoir une posture parentale bienveillante.

L'objectif principal de ce travail est donc d'analyser les représentations et les pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les violences éducatives ordinaires.

L'objectif secondaire est d'envisager avec eux des pistes d'amélioration pour faciliter et améliorer le dépistage et la prise en charge de ces violences.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés à l'aide d'un guide d'entretien. Le choix de l'approche qualitative nous semblait le plus pertinent pour répondre à notre question de recherche car il s'agit d'une démarche de recherche particulièrement adaptée à l'étude des phénomènes humains et sociaux.

D'après Pierre Paillé, l'analyse qualitative peut être définie comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes » (23). Elle n'a pas pour objectif de quantifier ou mesurer mais repose sur une démarche compréhensive à travers les questions du « quoi ? » et du « comment ? » ; il s'agit également d'une méthode bien adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficilement mesurables (24). Elle permet ainsi d'explorer les émotions, les comportements et expériences personnelles des sujets interrogés.

Choisir une approche qualitative nous permettait donc d'étudier en profondeur les représentations et les pratiques des médecins sur le sujet des violences éducatives ordinaires.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion principaux de l'étude étaient d'être médecin généraliste installé dans le département de l'Hérault et d'avoir une activité médicale comportant une part de pédiatrie.

En recherche qualitative, l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale, il est le plus souvent réalisé en recherche de variation maximale (ou « diversifié ») afin de « contraster au maximum les individus et les situations » (25).

Nous avons donc cherché à constituer un échantillon diversifié sur des variables descriptives classiques (âge, sexe, mode et lieu d'exercice...) et des variables liées au thème (proportion de pédiatrie au sein de la patientèle, réalisation ou non d'une formation complémentaire en pédiatrie, être parent ou non).

Le recrutement des médecins s'est effectué de 3 façons :

- Via le réseau de connaissances de l'enquêtrice (maîtres de stage SASPAS, médecins encadrant la formation universitaire...) ou de la directrice de thèse. 4 médecins ont été recrutés de cette manière.
- Via une méthode de « proche en proche » pour 2 médecins. Cette méthode consiste à demander à un médecin interrogé de désigner des confrères susceptibles de s'intéresser et participer à l'étude.
- Via un annuaire électronique (pagesjaunes.fr®) de façon aléatoire en essayant d'équilibrer l'échantillon sur le sexe et le lieu d'exercice. 15 médecins ont ainsi été contactés par téléphone, soit directement soit via leur secrétariat. Après une explication orale succincte sur le sujet de la thèse, 6 médecins ont accepté de participer à un entretien et 4 ont refusé (2 par manque de temps, 1 par manque d'intérêt pour le sujet, 1 autre sans justification). Les 5 autres médecins – contactés via leur secrétariat – n'ont pas donné suite malgré une relance téléphonique.

Chaque fois qu'un médecin donnait son accord pour participer à l'étude, la date et le lieu de réalisation de l'entretien étaient déterminés en fonction de ses disponibilités.

3. Méthodologie des entretiens

Le choix de l'entretien semi-dirigé

L'entretien individuel semi-dirigé vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation. L'entretien est alors structuré à l'aide d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes ou une liste de sujets à aborder au cours de la discussion (26). Bien qu'ils soient plus chronophages que les focus groupes, ils permettent d'aborder des sujets plus délicats (24).

Cette méthode de recueil nous a donc semblé la plus adéquate pour aborder un sujet aussi intime et controversé qu'est celui de l'éducation des enfants et de l'utilisation de la violence dans celle-ci. Il était important de permettre à chacun de s'exprimer le plus ouvertement possible sans craindre un éventuel jugement par des pairs et sans risquer d'être influencé par les réponses des autres participants, comme cela aurait pu être le cas lors d'un focus group.

Elaboration du guide d'entretien :

Le guide d'entretien a été élaboré en concertation avec le Dr Armelle Haquet, directrice de thèse, et s'articulait autour de 5 grands thèmes :

- Représentations et croyances du médecin concernant la violence éducative
- Vécu d'une situation de violence éducative
- Expérience personnelle et professionnelle du médecin
- Formation du médecin
- Attentes du médecin et vision globale de sa place dans la prise en charge des violences éducatives

Chaque grand thème était abordé par le biais d'une question ouverte et neutre afin de permettre aux participants de s'exprimer le plus librement possible et ne pas orienter la discussion. Si les réponses semblaient incomplètes, des questions de relance – ouvertes en grande majorité – étaient utilisées pour que les participants puissent approfondir leur réflexion sur le sujet.

Un entretien « test » ne figurant pas dans l'étude a été réalisé au préalable afin de vérifier la clarté et la pertinence des questions posées.

Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens en fonction des données recueillies. Il nous a notamment semblé pertinent d'ajouter une question à propos du confinement, étant donné que ce dernier a engendré une augmentation des situations de violences sur mineurs (27). Nous avons également retravaillé et enrichi certaines questions afin de mieux cerner les difficultés rencontrées par les médecins. En effet, lors des premiers entretiens, plusieurs médecins ont évoqué leur difficulté à aborder en consultation le sujet des violences éducatives sans préciser davantage à quoi était due cette difficulté. Le guide d'entretien figure en annexe 2.

Déroulement des entretiens semi-dirigés :

Les entretiens se sont déroulés en face en face et ont eu lieu majoritairement au cabinet des médecins généralistes interviewés. 2 entretiens ont été réalisés au domicile personnel des médecins interrogés, et 1 entretien a eu lieu en plein air.

Chaque entretien débutait par une brève présentation de l'étude et des modalités de déroulement de l'entretien. Les participants étaient ainsi informés du respect de l'anonymat, de la possibilité de

ne pas répondre à certaines questions ou de se rétracter de l'étude à tout moment. Un document de consentement reprenant ces informations leur a été remis avec signature du consentement éclairé (annexe 3).

À la fin de chaque entretien, il a été demandé au participant de remplir un court questionnaire quantitatif permettant de caractériser l'échantillon d'un point de vue sociodémographique.

Les entretiens ont été doublement enregistrés via une application dictaphone sur le téléphone portable de l'investigatrice et via un dictaphone numérique.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été déterminé à l'avance mais reposait sur le principe de la saturation des données (23). Celle-ci a été obtenue au bout de 10 entretiens. Pour confirmer la saturation, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés et n'ont pas fait émerger de nouvelles idées.

Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word®) dans les jours suivant sa réalisation afin de limiter la perte de données. Les fichiers ainsi recueillis constituaient chacun un « verbatim » et l'ensemble de ces verbatims a été mis à disposition des membres du jury.

La retranscription a été réalisée mot-à-mot, en prenant soin de respecter les silences, les hésitations, les exclamations et les rires, ce qui explique que certaines phrases soient inachevées, et qu'il puisse y avoir des erreurs de syntaxe.

Pour respecter l'anonymat des participants, un numéro a été attribué à chacun selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens, et les lieux et noms propres cités ont également été anonymisés.

4. Analyse des données

S'agissant d'une première expérience de recherche, l'analyse des données a été effectuée au moyen d'une analyse thématique. Cette méthode consiste à transposer un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec la problématique. On procède ainsi au repérage, au regroupement, puis à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus (23).

L'analyse a été réalisée de façon manuelle sur un support informatique (Word®), en utilisant un mode d'inscription sur fiche.

En premier lieu, une lecture « flottante » (28) des premiers entretiens a été effectuée afin de prendre connaissance avec la première portion du corpus et avoir une vue d'ensemble des données recueillies. Des « unités de signification » ont ensuite été progressivement identifiées puis regroupées en thèmes au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de la lecture des verbatims. Ces thèmes ont été eux-mêmes hiérarchisés en thèmes centraux et sous thèmes.

Dans une perspective de thématization continue (23), il était important de revenir régulièrement sur les premiers verbatims analysés afin de vérifier notamment l'existence ou non d'unités de signification pouvant enrichir les thèmes existants, comparer les thèmes entre eux et affiner la thématization en procédant à des regroupements thématiques plus efficaces et cohérents avec la question de recherche.

Des points réguliers ont été effectués avec ma directrice de thèse pour vérifier la validité de mon analyse.

RESULTATS

1. Caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon

12 entretiens ont été réalisés entre le 15 mai et le 11 décembre 2020. Les entretiens duraient en moyenne 29 minutes ; le plus long ayant duré 43 minutes et le plus court 19 minutes.

L'échantillon était composé de 8 femmes et 4 hommes. Les 12 médecins interrogés étaient âgés de 30 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 43 ans.

6 médecins avaient suivi une formation complémentaire dans le domaine de la pédiatrie (DU prise en charge de l'enfant en médecine générale, accueil des urgences pédiatriques ou troubles des conduites et du comportement des enfants et adolescents), et 7 médecins étaient maitres de stage universitaire de niveau 1 ou SASPAS.

La répartition géographique était variée, 7 médecins exerçant en milieu semi-rural, 3 médecins en milieu rural et 2 médecins en milieu urbain.

Concernant l'activité des médecins interrogés, 8 médecins avaient une proportion de consultations pédiatriques comprise entre 20 et 50%. 3 médecins effectuaient moins de 20% de pédiatrie, et 1 médecin pratiquait exclusivement des consultations pédiatriques.

Enfin, seul un médecin parmi les 12 interrogés n'avait pas d'enfants.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1.

	Âge	Sexe	Type d'exercice	Conditions d'exercice	Ancienneté de pratique	Part de pédiatrie	Formations	Nombre d'enfants
M1	39	F	Semi-rural	En groupe	10 ans	20-50%		2
M2	43	M	Semi-rural	En groupe	15 ans	20-50%	DIU Accueil des urgences pédiatriques	3
M3	44	F	Semi-rural	En groupe	16 ans	20-50%	Exercice en PMI	3
M4	32	F	Semi-rural	MSP	5 ans	< 20%		1
M5	62	F	Rural	Isolé	30 ans	< 20%		4
M6	59	M	Rural	MSP	30 ans	20-50%		2
M7	58	F	Rural	Isolé	32 ans	< 20%	DU d'attachement + DU troubles des conduites et du comportement des enfants	3
M8	36	F	Urbain	En groupe	8 ans	20-50%	DU Prise en charge de l'enfant en MG	2
M9	30	M	Urbain	En groupe	3 ans	20-50%	DU Prise en charge de l'enfant en MG + DIU Accueil des urgences pédiatriques	1
M10	46	F	Semi-rural	En groupe	16 ans	100%	DU Prise en charge de l'enfant en MG + DIU Accueil des urgences pédiatriques	2
M11	31	F	Semi-rural	En groupe	4 ans	20-50%	DU Prise en charge de l'enfant en MG	0
M12	40	M	Semi-rural	En groupe	13 ans	20-50%	Médecin de crèche	2

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques des médecins interrogés

2. Analyse thématique des entretiens

2.1. Les représentations des médecins généralistes sont hétérogènes et influencées par le vécu personnel

2.1.1. Une définition propre à chaque médecin

a. Des violences physiques et psychologiques

Pour quelques médecins, le terme de violences éducatives ordinaires est **difficile à définir** : « *C'est une notion assez floue* » (M2) ; « *Je ne sais pas, je me suis posé la question effectivement de ce que ça regroupait ce mot violences éducatives* » (M10).

Mais tous ont évoqué des **violences physiques et psychologiques** : « *Ben violences physiques de manière évidente mais violences verbales aussi oui bien sûr* » (M10) ; « *La première à laquelle on... 'fin à laquelle je pense c'est la fessée, les... on va dire les... petites heu... violences ordinaires on va dire, fessées, gifles, des choses comme ça (...)* Et heu éventuellement aussi ce qui est pas physique mais plus de l'ordre de dévalorisation, humiliation » (M12).

b. Les limites de la violence éducative sont subjectives et difficiles à établir

Beaucoup de médecins ont du mal à établir une limite claire entre ce qui peut être considéré comme une violence éducative ou non car cela dépend du vécu de chacun : « *Je pense que définir c'est très difficile, et ça va dépendre un peu de chaque personne et chaque... en fonction de son vécu aussi, de l'éducatif qu'on a eu qui va nous mettre un curseur* » (M9).

Ils sont ainsi nombreux à se demander quels actes ou quelles paroles peuvent être qualifiés de violence éducative :

« *C'est vrai que souvent « arrête de pleurer, tu vas avoir une piqûre », « on va te faire la piqûre » ou des choses comme ça, les espèces de menaces qu'on entend souvent. Bon c'est pas... je sais pas si ça peut être considéré comme de la violence éducative mais...* » (M8) ;

« *(...) des parents qui sont épuisés, qui hurlent après leurs enfants. Est-ce que c'est une violence éducative ou pas ?* » (M9).

De nombreuses autres formes de violence ont été citées comme « le chantage » (M9), « l'exigence de performance » (M2), « l'obligation de résultats » (M5), le fait de « parentaliser un enfant » (M3). La négligence ou le fait d'exploiter un enfant ont également été évoqués :

« Les gens vivent dans une espèce de saleté, de négligence, et d'hygiène, tu vois la cuisine avec 3 jours de vaisselle quoi... moi je pense que ça pour les gamins c'est aussi une forme de violence » (M6) ; « Certains parents, par exemple j'en ai un en tête, qui obligent leurs enfants à faire tout le travail à la maison, je ne parle pas du travail scolaire hein, la vaisselle, le ménage, les courses, chercher même les médicaments » (M5).

Enfin, le manque d'autorité et l'absence de cadre éducatif est aussi perçu comme délétère pour l'enfant : « On voit aussi beaucoup de parents qui ne savent pas du tout dire non à leur enfant et qui sont complètement débordés, et au final ce n'est pas forcément une bonne chose pour l'enfant non plus » (M2).

c. Une violence qui survient aussi en dehors du cadre familial

Bien que la violence éducative soit majoritairement exercée par les parents, certains médecins ont souligné le fait qu'elle peut également être pratiquée par d'autres personnes de l'entourage, comme les grands-parents ou les enseignants : « Ça peut être de la violence éducative avec les enseignants, avec une violence souvent dans les punitions ou même des fois dans le physique » (M1).

Pour M9, cette violence peut également survenir sur les temps de garde : « Les crèches c'est un petit peu différent parce qu'ils sont plusieurs, c'est un peu plus cadré, mais dans les nourrices c'est catastrophique aussi ».

2.1.2. Tolérance de certaines formes de violence selon le contexte

L'absence de définition consensuelle et les représentations subjectives de chacun induisent chez quelques médecins une forme de tolérance vis-à-vis de certaines violences éducatives. Selon les circonstances, certains actes ne sont pas perçus comme violents ou mauvais pour l'enfant :

- **Le caractère répété ou non des violences :** « Pour moi la violence physique c'est quand c'est régulier » (M6) ; « Je pense que le côté répétitif, quotidien, y joue beaucoup » (M8).
- **L'intentionnalité ou non d'être violent :** « C'était leur réaction à leur angoisse » (M10) ; « Non il n'y avait pas l'intention de punir, d'être violent » (M8).

- La **justification de l'acte** : « *On ne s'est jamais pris une fessée sans qu'il y ait une bonne raison derrière* » (M1).
- Le **type de violence** est également à prendre en considération pour M11 : « *Je pense que je pourrais donner des fessées à mes enfants (...). La gifle non, c'est pas pareil. C'est le visage, c'est plus fort, c'est plus humiliant, c'est... je... pour moi c'est le stade encore au-dessus* ».

2.1.3. Un impact variable sur l'enfant et son développement

a. Conséquences chez l'enfant et l'adolescent

La majorité des praticiens estime que la violence éducative ordinaire a des conséquences délétères sur l'enfant et son développement psychomoteur. Il s'agit tout d'abord de **conséquences psychologiques** : « *(...) Psychologiquement lourd, avec des conséquences scolaires, alimentaires, estime de soi... enfin psychologiques importantes* » (M1) ; « *Un repli j'imagine, un repli, un manque de confiance en soi qui après peut entraîner des réactions en chaîne, et qui peuvent être dysorthographe, dyscalculie, repli voire repli autistique, ça peut aller loin voilà* » (M2) ; « *Parfois carrément des dépressions ou la pathologie de l'enfant, et puis après avec tout ce que ça implique de troubles des apprentissages* » (M7).

La violence éducative **augmente également le risque d'auto- ou hétéro-agressivité** : « *Il y a les enfants qui vont complètement partir en vrille quoi, avec parfois des agressions contre eux, des agressions contre les autres* » (M7) ; « *L'enfant finalement est plus violent je pense quand il reçoit un coup, il a tendance à rendre le coup ou après à mimer ce qu'il vit à la maison avec ses copains, pendant les jeux...* » (M8) ; « *De reproduire... les violences elles-mêmes* » (M12).

Enfin, pour M6, cela peut également **favoriser les conduites addictives** : « *Les enfants se coupent complètement de la famille et ça peut les entraîner sur des pentes... ben l'alcool, la drogue, la violence...* ».

b. Retentissement à l'âge adulte

Les conséquences néfastes de la violence éducative ne se limitent pas à la période de l'enfance, elles peuvent **se prolonger à l'âge adulte** et impacter plusieurs domaines : « *[Sur le] développement de l'enfant et sur l'adulte qu'il sera, sur le parent qu'il sera, sur heu... sur l'époux*

qu'il sera ou voilà » (M7) ; « Tout ce qui est éducation se ressent sur l'âge adulte, donc on a des gens qui vont avoir un terrain plus anxieux, un terrain plus craintif » (M9) ; « Quelqu'un voilà qui a eu une enfance un peu compliquée, un peu rude, pour moi y a des conséquences sur tous les domaines : professionnel, familial, personnel, sociétal... » (M11) ; « Ça peut donner à mon sens des problèmes d'adaptation en société, des problèmes professionnels ensuite, heu... une violence chez la personne » (M11).

c. Variabilité des conséquences

Si pour la plupart des médecins interrogés les violences éducatives ont un impact délétère sur les enfants, deux médecins étaient plus sceptiques concernant le retentissement de ces violences : *« Autant maltraitance avérée je dirais que l'enfant peut devenir violent derrière, violences éducatives je ne sais pas si ça peut entraîner une augmentation des violences pour l'enfant » (M4) ; « Est-ce qu'il y a vraiment des conséquences... ? » (M8) ; « Je ne saurais pas dire s'il y a un lien vraiment pur entre les addictions et... mais bon, peut-être » (M8).*

Enfin, certains médecins pensent que le **retentissement de la violence éducative n'est pas linéaire et peut être plus ou moins important selon les individus** : *« On aura un retentissement à l'âge adulte, comment il va se manifester ça dépendra de chaque personne » (M9) ; « Ça dépend aussi des ressources internes de chacun, du caractère, de l'entourage ensuite amical, familial un peu plus étendu... 'fin y a d'autres critères autour qui font que la personne va... voilà, va développer des ressources et des aides par la suite, va s'appuyer sur des aides pour sortir de ça quoi » (M11).*

2.1.4. Les facteurs entraînant le recours aux violences éducatives sont multiples

Pour les médecins interrogés, les facteurs de risque associés à l'utilisation de la violence éducative sont nombreux :

- **Reproduction des schémas éducatifs vécus** : *« Souvent les parents qui sont violents ont eux-mêmes subi de la violence » (M3) ; « Y a souvent une transmission transgénérationnelle des modèles de comportement et de maternage ou de parentage » (M7) ; « Le fait de l'avoir vécu, on retransmet un peu le schéma, peut-être voilà que certains parents c'est là-dedans, ils ont été élevés comme ça donc ils élèvent comme ça leurs enfants » (M11).*

- **Pathologies psychiatriques et/ou addictions des parents** : « *Peut-être un petit peu plus dans les milieux où il y a de l'alcoolisation, où il y a ... parce qu'il y a même des parents qui sont addicts au cannabis, tout ça* » (M6) ; « *Un autre facteur c'est quand même les pathologies heu... les difficultés des parents, un parent dépressif, un parent endeuillé, un parent lui-même en proie à des difficultés comme une addiction* » (M7).
- **Bas niveau d'éducation** : « *Des parents qui ont... qui intellectuellement sont un peu limite et ne lisent pas, ne réfléchissent pas, ne se documentent pas par rapport à l'éducation des enfants* » (M5) ; « *Là c'est une violence éducative à mon sens, plus par heu... – bon c'est peut-être un peu dur ce que je vais dire – mais par heu... déficit intellectuel c'est un peu beaucoup, mais heu... niveau (...) socio-culturel pas hyper élevé, à mon avis* » (M11).
- **Épuisement et stress parental** : « *Au parent qui lui-même traverse une situation difficile, ne serait-ce qu'une douleur, mal au dos (...) il va parfois être démuni par ses propres problèmes donc il va agir d'une manière voilà qu'il ne contrôle pas forcément* » (M7) ; « *Il y a la fatigue, les gens qui ont des travaux pénibles, qui peuvent être fatigués quand ils rentrent à la maison le soir* » (M6) ; « *Des parents qui sont épuisés, qui hurlent après leurs enfants* » (M9).
- **Contexte familial compliqué** : « *Déjà y a ça aussi, quand il y a des grossesses rapprochées* » (M3) ; « *Je pense qu'effectivement quand il y a des familles monoparentales c'est pas évident* » (M7) ; « *Alors c'était toujours des conflits familiaux hein, c'est-à-dire ça s'est toujours passé dans le... c'est toujours sur des séparations compliquées* » (M10).
- **Comportement de l'enfant** : « *L'enfant aussi en lui-même, un enfant un peu turbulent, un enfant hyperactif, c'est vrai qu'on détecte plus les troubles de l'attention, hyperactivité et c'est vrai que c'est des enfants difficiles à gérer qui peuvent être maltraités finalement* » (M8) ; « *Un enfant qui bouge beaucoup, je pense qu'il a plus de chances malheureusement de se prendre quelques... je pense* » (M10).
- **Niveau socio-économique** : certains médecins considèrent qu'un bas niveau socio-économique est pourvoyeur de violences éducatives : « *Si quelqu'un vit dans une grande précarité, on sait que c'est un facteur de risque de violence aussi* » (M2). Mais plusieurs ont également souligné le fait que la violence éducative touche tous les milieux : « *Je pense que la violence, moi j'en retrouve, fin j'en retrouve, oui un peu dans tous les milieux* » (M6) ; « *Mais ça arrive aussi évidemment dans les milieux aisés sans problème* » (M10).

2.1.5. Le vécu personnel des médecins généralistes

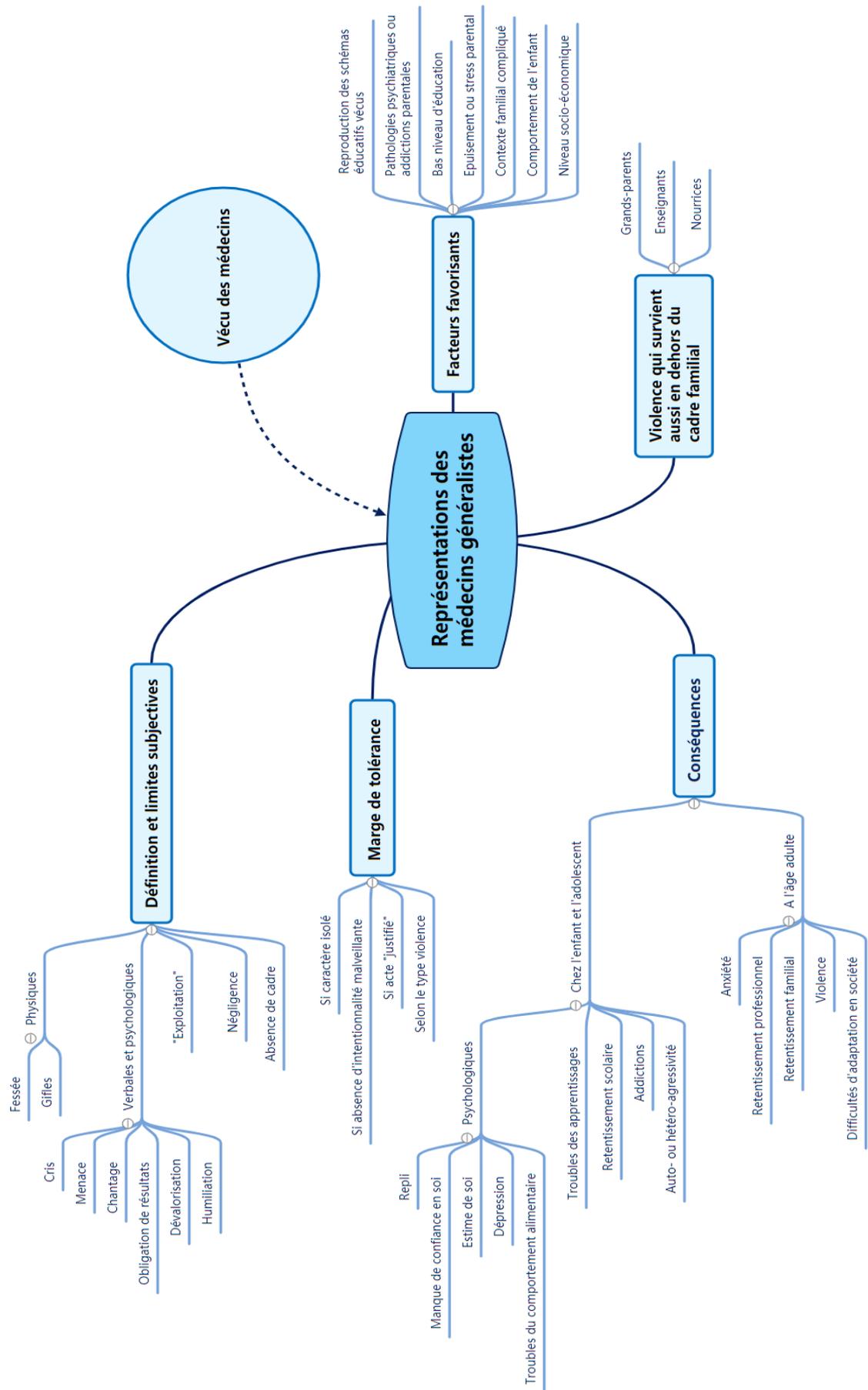
Les médecins généralistes interrogés ont globalement été **peu touchés par les violences éducatives** dans leur enfance : « *Alors personnel dans l'enfance, zéro, aucune violence éducative* » (M3) ; « *Dans l'enfance, moi personnellement j'ai pas eu de violences éducatives, j'ai pas ressenti de violences éducatives* » (M5) ; « *Non je n'ai jamais reçu une fessée de ma vie, je n'ai jamais été humiliée de ma vie, je n'ai jamais été heu... donc non, violences, c'est pas dans mon histoire* » (M7).

Parmi les médecins ayant subi des violences éducatives physiques, aucun ne semble en avoir gardé des séquelles :

« *Moi j'ai pris des fessées beaucoup, quelques claques mais beaucoup plus rarement, euh... avec le recul ça ne me choque pas plus que ça* » (M1) ;

« *Heu... non non mais moi j'ai pris des fessées heu... j'ai pris des fessées mais honnêtement j'en garde vraiment pas un mauvais souvenir* » (M6).

En revanche, la violence verbale et psychologique semble avoir eu un impact plus important sur les médecins. Pour M9, cela a eu des répercussions sur son comportement avec ses proches : « *Moi j'avais mon père, quand je n'arrivais pas à résoudre des problèmes de maths, qui me criait dessus en disant que je faisais exprès. Et c'est vrai que du coup, maintenant quand les gens que j'aime n'y arrivent pas j'ai peut-être plus de... moins de patience* ». Pour d'autres médecins, cela a entraîné chez eux une volonté de ne pas reproduire ce type de violence avec leurs propres enfants : « *J'ai appris à grandir un peu seule parce que du coup il y a eu ce manque de relation parents/enfant et bon ben après moi j'ai grandi comme ça, ça ne me choque pas mais bon c'est vrai que du coup ce n'est pas ce que je veux reproduire avec mes enfants* » (M4) ; « *Je sais pas si ça vient de là mais en tout cas moi j'ai élevé mes filles en valorisant tout ce que je pouvais valoriser et sans... en essayant en tout cas de ne jamais rabaisser* » (M10).



Arbre 1 : Représentations des médecins généralistes concernant la violence éducative ordinaire

2.2. Le médecin généraliste confronté à la violence éducative en cabinet : la complexité du dépistage

2.2.1. La fréquence des violences éducatives est très certainement sous-estimée car le cabinet du praticien n'est pas forcément le meilleur lieu pour les dépister

Tous les médecins généralistes interrogés ont déjà été confrontés à des violences éducatives ordinaires en cabinet, mais cela reste assez **peu fréquent** : « *En consultation j'en vois pas beaucoup* » (M6) ; « *Je trouve que c'est pas si fréquent que ça* » (M11) ; « *C'est pas quelque chose auquel j'ai l'impression d'être confronté très souvent* » (M12).

Ils sont cependant nombreux à souligner le fait que **la fréquence des violences éducatives est très probablement sous-estimée** :

« *On en suspecte beaucoup, on en voit très peu en fait* » (M1) ;

« *Je pense qu'on en voit moins qu'il n'y en a, et qu'on n'a pas toujours la puce à l'oreille par rapport à ces violences-là* » (M2) ;

« *Il y a certainement beaucoup de violences éducatives qui ne se font pas devant nous* » (M4).

Le **cabinet du médecin généraliste n'est pas perçu comme le lieu le plus propice** pour dépister ce type de violences. Plusieurs médecins évoquent le fait que les parents évitent de se montrer violents lorsqu'ils viennent en consultation :

« *Après les gens au cabinet, la plupart du temps les gens ils se... enfin leur but c'est pas de montrer qu'ils sont violents hein de toute façon* » (M3) ; « *Je pense qu'au cabinet les gens font attention justement, pour pas trop éveiller parfois les soupçons, les regards, les machins...* » (M11) ;

« *Parce que ben forcément le parent qui vient avec l'enfant il donne le meilleur de lui-même au moment où il est là et que...* » (M12).

Le suivi médical moins régulier des grands enfants semble également compliquer le dépistage : « *Quand les enfants sont plus grands, qu'on les voit... déjà souvent on a moins le suivi régulier* » (M3) ; « *Mais après aux plus grands, on les voit moins...* » (M5).

Enfin, pour M4, lorsque l'enfant est malade il est aussi plus difficile de dépister des violences éducatives : « *Quand ils viennent en plus, pour peu qu'ils aient de la fièvre, qu'ils soient un peu abattus, il y a peu de chances finalement qu'on tombe au moment où il y a de la violence quoi* ».

2.2.2. Les violences psychologiques plus fréquentes que les violences physiques

La violence éducative qui apparaît le plus souvent en consultation de médecine générale est la violence verbale ou psychologique. Très peu de médecins ont été témoins de violences physiques : « *Plus sur des violences verbales, parce qu'on n'a pas beaucoup de violence physique, en tout cas moi c'est pas apparu en consultation au cabinet* » (M1) ; « *Verbales ou psychologiques on en voit, mais ouais, physiques en tout cas non pas si fréquent que ça* » (M10) ; « *La menace principale, on va dire le plus quotidien, c'est « si t'es pas sage, le docteur va te faire une piqûre »* » (M12).

2.2.3. La question des violences éducatives est spontanément peu abordée en consultation

a. Par le médecin

De leur propre aveu, **les médecins interrogés n'abordent pratiquement jamais spontanément** en consultation la question des violences éducatives : « *S'il n'y a pas de demande des parents, je me vois pas aller jusqu'à poser des questions pour voir si y a des violences éducatives* » (M4) ; « *Si je n'entends rien dire, si les enfants ne se plaignent pas, si les parents ne se plaignent pas, j'aborde pas* » (M5) ; « *Je n'aborde jamais le sujet spontanément* » (M6) ; « *C'est vrai qu'on pose pas toujours les questions « est-ce que vous avez déjà donné des fessées à votre enfant »* » (M8).

Quelques médecins s'intéressent à ce qu'il se passe à la maison lorsqu'ils abordent les questions de parentalité plus globales, sans toutefois évoquer clairement les violences éducatives : « *En consultation de suivi j'ai mes petites questions classiques où j'ai par exemple l'appétit, le transit, le sommeil, que je pose toujours ; et je pose toujours la question de l'école, comment ça se passe à l'école, et comment ça se passe à la maison* » (M10) ; « *C'est peut-être une erreur mais c'est quelque part sous-entendu dans la question « comment... est-ce que ça se passe bien à la maison ? Comment ça se passe à la maison ? »* » (M12).

Certains médecins **abordent le sujet s'ils se retrouvent face à une situation de violence** : « *Je pense qu'effectivement si je vois un parent s'énerver sur son enfant et qui vient pour lui, j'essaie d'aborder un peu le sujet oui* » (M8) **ou s'ils ont une suspicion de violence** « *Moi les personnes sur lesquelles j'ai des suspicions, de temps en temps j'essaie de gratouiller un peu « bon et quand il fait une bêtise du coup, comment ça se passe ? »* » (M1).

b. Par les parents

Pour la plupart des médecins interrogés, **peu de parents abordent le sujet des violences éducatives ou sont en demande de conseils éducatifs** lors des consultations. Il s'agit le plus souvent de questions de parentalité plus globales :

« *Ça ne venait pas de la demande des parents. Ça je n'ai pas vu* » (M2) ;

« *Ils posent des questions peut-être plus sur quand ils dorment pas, quand ils mangent pas... mais pas sur l'éducation. Ou alors c'est plus...c'est quand ça devient vraiment plus grave qu'ils pensent à venir vers le médecin, quand ils suspectent une hyperactivité ou des choses comme ça* » (M4) ;

« *Pas trop sur l'éducation. Je trouve que c'est plus sur heu... par exemple l'alimentation ou ils nous posent des questions quand un enfant arrive pas du tout à dormir petit, les tous petits qui font pas leurs nuits, là ils sont un peu en questionnement. Mais c'est pas vraiment l'éducation* » (M11).

Seule M1 disait être régulièrement confrontée à des parents en demande de conseils éducatifs :

« *Ça arrive assez fréquemment que les parents demandent des conseils éducatifs sur tout et notamment sur, même chose, les nourrissons quand ils sont énervés etc... Comment faire parce qu'ils ont peur de devenir des parents qui secouent leur bébé* ».

2.2.4. Les praticiens évoquent une difficulté à aborder le sujet des violences éducatives

Les médecins interrogés sont très **nombreux à se sentir en difficulté** lorsqu'il s'agit d'aborder la question des violences éducatives ordinaires en consultation : « *Ce n'est pas facile à aborder dans ce cas-là* » (M2) ; « *Ce n'est pas toujours facile à faire* » (M3) ; « *Vous savez c'est toujours difficile de faire une remarque éducative alors qu'on est médecin* » (M8) ; « *C'est très difficile d'intervenir après en cabinet* » (M9).

Seulement deux médecins semblaient à l'aise pour aborder ce sujet : « *Je ne me suis jamais retrouvée en grande difficulté dans ce type de situation* » (M1) ; « *Je suis à l'aise pour en parler avec les parents parce que j'estime que c'est mon rôle aussi, d'avoir voilà le regard extérieur, on est là pour protéger l'enfant* » (M11).

Cette difficulté repose sur plusieurs éléments :

- **Le manque de temps** : « *C'est vrai que c'est des choses qui prennent du temps* » (M8) ; « *C'est sûr que sur une consultation de 20-30 minutes, on n'a pas le temps, on peut pas* » (M9) ; « *Après ça prend du temps* » (M7).

- Le **manque d'envie** : « *C'est aussi par... pas par ... ouais par feignantise ou parfois par je m'en foutisme. Des fois tu te dis « c'est bon quoi, j'ai autre chose à faire que d'aller lui expliquer... » (M6).*
- Volonté de **préserver le lien de confiance** avec les parents : « *Après le médecin traitant, le but c'est quand même qu'il conserve le lien » (M3) ; « Faut garder l'alliance » (M7) ; « On pourrait perdre justement une confiance instaurée qui est très difficile à gagner » (M9).*
- La **crainte d'une mauvaise réaction** des parents : « *Il y en a qui prennent très très mal le fait que l'on s'immisce dans ce qui est considéré être leur éducatif » (M1) ; « Une autre maman aurait très bien pu le prendre très très mal et me pourrir » (M10).*
- Le **jugement** : « *Non seulement c'est jugeant et en plus ça va lui donner l'impression qu'elle fait mal alors qu'elle fait bien la plupart du temps » (M4) ; « C'est très difficile parce que les parents se sentent jugés » (M9).*
- La **peur d'être intrusif** : « *Dans quelle mesure on est dans un rôle médical ou dans un rôle éducatif ? Est-ce qu'on s'immiscerait pas un petit peu dans l'éducation... » (M8) ; « Pour moi pour le coup c'est être très intrusif que de dire « je vais vous apprendre comment il faut faire pour éduquer vos enfants » » (M9).*
- La **peur de se tromper** : « *Et comme c'est souvent pas... ni blanc ni noir (...) être en posture de juge hein, c'est difficile » (M7) ; « C'est difficile d'être accusateur sans avoir de preuves, juste sur l'idée qu'on en a ou des paroles d'un parent, d'un des 2 parents, c'est très difficile en fait » (M10).*
- Le **sentiment que les parents n'écoutent pas** : « *À la fin tu vas avoir l'impression que tu as passé une demi-heure à parlementer avec quelqu'un qui de toute façon en a rien à foutre et qui, dès qu'il aura passé le pas de la porte, va recommencer » (M6) ; « 'Fin on sait qu'on le dit mais ils disent « oui oui » et puis après on revoit la même chose, pffff » (M9).*
- Les **parents ne se rendent pas compte de la violence de certains de leurs comportements** : « *Et ben ce n'est pas toujours facile à aborder, d'abord parce qu'il y a un manque de reconnaissance du parent de ce comportement » (M2) ; « C'est toujours délicat parce que les gens ils sont dans leur fonctionnement où ils ne se rendent même pas compte que ça peut être reçu un peu violemment ce qu'ils disent » (M3).*
- L'**incapacité de compréhension du parent** : « *Moi je suis dans une ville à très bas niveau socio-culturel, heu... très ouvrière, je veux dire... ce qu'on est en train de dire, ils ne sont pas capables de le comprendre, 'fin y a peut-être 10% de ma patientèle qui est capable de le comprendre tel qu'on le dit » (M9).*

2.2.5. Les signes d'alerte en consultation

Plusieurs signes pouvant faire suspecter de la violence intra-familiale ont été évoqués par les médecins généralistes :

- **Les troubles du comportement de l'enfant :**
 - En consultation : « *Quand les enfants peut-être sont très très renfermés, osent pas parler* » (M5).
 - Vis-à-vis du médecin : « *Si en m'approchant de lui il va avoir un mouvement de recul ou voilà* » (M1) ; « *Dans sa façon d'aborder le médecin, dans la façon d'avoir un contact. C'est vrai que parfois c'est suspect si on n'arrive pas à créer le contact, si on n'arrive pas à créer le jeu* » (M2).
 - Avec le parent : « *Plus l'attitude de l'enfant par rapport à son parent ouais, si on sent de la... de la peur ou des mouvements de retrait dès que le parent hausse le ton ou autre* » (M12).
 - A l'école : « *Ou s'ils viennent pour euh... « voilà il a des soucis à l'école »* » (M1) ; « *Un des motifs c'est quand même des plaintes par rapport à l'école hein, des comportements d'enfant qui sont rapportés aux parents* » (M7).
- Des **plaintes somatiques répétées** : « *Ce qui peut me motiver parfois ça peut être des troubles du sommeil, 'fin ça peut être des signes d'alerte autres, troubles de l'alimentation, 'fin voilà des choses qui du coup sont moins directes* » (M10).
- Des **signes physiques** : « *Je cherche dès qu'il y a un trauma, quelque chose, des répétitions de... des bleus, des trucs, oui oui on va se poser la question, on va être un peu plus vigilant* » (M8) ; « *Des signes on va dire physiques constatables, bleus ou autres, qui... éminemment inquiétants* » (M12).
- Le **comportement du parent avec l'enfant** : « *Y a plein de petites choses où on voit dans les choses qui sont dites, dans la façon de rhabiller l'enfant, de le déshabiller... ouais, plein de petites choses non verbales et verbales* » (M3) ; « *Voir des parents agacés, de voir quand ils répondent sèchement, pour moi c'est une alerte* » (M4).
- Le « **feeling** » **du médecin** : « *c'est le ressenti sur le vécu quand on voit la personne en face, y a un truc qui nous interpelle* » (M9).

2.2.6 Facteurs facilitant le dépistage

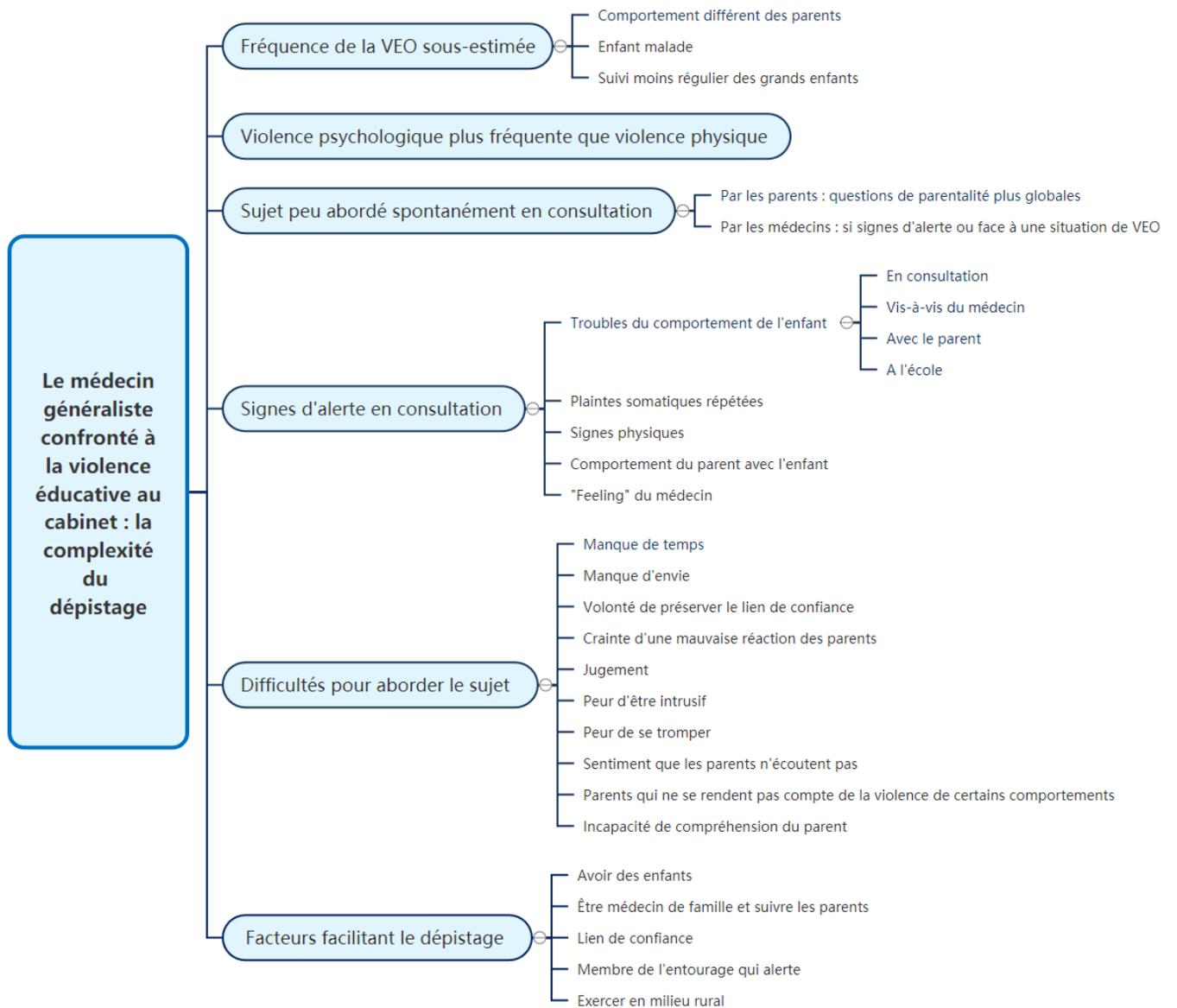
Le fait d'être soi-même parent permet au médecin d'être plus à l'aise pour aborder le sujet : « Ça permet en tout cas quand on a soi-même des enfants d'avoir de l'empathie parce qu'on comprend à un moment donné que ça peut être exacerbant d'avoir des enfants, ça peut être fatigant, ça peut amener dans des situations de tension » (M1) ; « Je pense que c'est compliqué de comprendre vraiment et de vraiment s'impliquer si on n'a pas d'enfants, ou alors faut vraiment être passionné par la pédiatrie » (M4).

Être médecin de famille et suivre les parents au long cours permet au médecin de connaître d'éventuelles difficultés familiales, d'être plus vigilant en cas de conduites déviantes : « On se méfie par rapport aux violences physiques, les dépressions parentales, les addictions parentales aussi, ça c'est quelque chose qui alerte beaucoup » (M2) ; « En médecine générale on a la chance de connaître la famille aussi, donc en général quand on suit l'enfant on suit les parents, donc heu... on a la chance de connaître un peu la situation » (M9).

Avoir un lien de confiance avec les parents est également perçu comme un atout : « Il y a quand même une alliance de faite en tant que médecin généraliste (...) on est quand même mieux placés pour en parler » (M7).

Le dépistage des violences éducatives peut également être facilité par **l'intervention d'un autre membre de la famille** qui alerterait le médecin généraliste : « Sa grand-mère qui m'avait appelée » (M5) ; « C'est souvent une grand-mère ou le conjoint qui vient dire « ça se passe mal soit avec ma femme, soit avec mon mari, il est trop violent ou... » ou la grand-mère qui dit « mon gendre ou ma belle-fille elle maltraite les petits enfants » donc c'est là où on peut intervenir » (M6).

Pour M5, le fait d'**exercer en milieu rural dans un petit village** peut aussi aider au repérage des violences éducatives : « Comme c'est à la campagne et puis que je connais tous les parents et tous les enfants - et tout se sait ! - si par exemple quelqu'un dans le village me dit « Oh tu sais un tel a toujours trop bu, elle est pas gentille avec ses enfants » je le sais par quelqu'un d'autre, par le voisinage ».



Arbre 2 : Le médecin généraliste confronté à la violence éducative au cabinet : la complexité du dépistage.

2.3 Prise en charge de la violence éducative par le médecin généraliste

2.3.1 Modalités d'intervention du médecin généraliste

Face à une situation de violence éducative en consultation, les médecins généralistes interrogés n'avaient pas tous la même attitude.

La plupart des médecins adoptait une **posture bienveillante et empathique** : « *J'essaie plutôt de calmer la situation heu... en rassurant le parent, en disant « ça va aller, vous inquiétez pas », ça m'est même arrivé de leur proposer de sortir* » (M12). Ils cherchent notamment à **valoriser le parent** : « *Je pense qu'on est quand même plus efficaces nous médecins en éclairant l'aspect positif de ce que les gens arrivent déjà à faire et ce qu'ils font bien* » (M7) ; « *J'essaie toujours de le placer sur du positif plus que sur du négatif* » (M10), tout **en évitant au maximum de prendre un ton moralisateur**, qu'ils jugeaient contre-productif : « *Moi dans toutes ces situations là à chaque fois j'ai dû me positionner en disant que j'étais pas là pour juger, que j'étais là pour le bien-être de l'enfant* » (M10) ; « *Je lui ai pas dit dans un... sur un ton jugeant ou moralisateur. J'ai essayé vraiment de lui dire dans l'intérêt de l'enfant* » (M11).

Quelques médecins **s'appuient aussi sur leur vécu personnel** pour faciliter la discussion : « *Ça permet aussi de leur dire « je comprends, moi des fois ils m'énervent » et de peut-être enchaîner là-dessus c'est plus facile de lancer la discussion* » (M1) ; « *Moi je raconte des anecdotes hein, de moi, je veux dire... de moments où je me suis sentie vraiment dépassée* » (M7).

Certains médecins **orientent rapidement vers des aides extérieures** lorsqu'ils ont du mal à gérer seul la situation : « *Quand je sens qu'il y a du conflit à la maison (...) c'est vrai que j'envoie facilement vers pédopsy ou psychologue pour enfant pour de la guidance parentale* » (M10) ; « *Moi ce que j'essaie de mobiliser quand je me doute qu'il y a un problème qui est important, et que je suis seule à bord - moi je ne suis que généraliste - je pense qu'il faut passer la main* » (M7).

D'autres médecins ont une **attitude plus attentiste** et n'interviennent que lorsqu'ils estiment que la violence est vraiment importante :

« *Si c'est une famille lambda et qu'on entend 2-3 remarques, que l'enfant se fait un petit peu houspiller un peu fort, qu'il y a des mots un peu... je sais pas si j'oserais dans ce cas-là faire des remarques* » (M8) ;

« *Quand on assiste à des choses qui sont vraiment... où vraiment on sait qu'il va y avoir un gros impact négatif, on intervient. Après sur toutes les petites choses anodines, 'fin qui paraissent anodines mais qui ne le sont pas forcément, c'est vrai que c'est toujours beaucoup plus délicat, beaucoup plus chronophage* » (M9) ;

« *C'est pas forcément des choses sur lesquelles j'ai rebondi quand c'était pas... pas choquant on va dire* » (M12).

2.3.2 Manque de ressources et difficultés ressenties face aux situations de violences éducatives

Les médecins interrogés ont fait part des difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des violences éducatives ordinaires.

Il y a tout d'abord pour certains médecins une **méconnaissance du système et des services ressources potentiels** :

« *Parce que souvent les gens ne connaissent pas le système, et même beaucoup de médecins généralistes hein, moi avant d'avoir bossé à... 'fin je ne savais pas tout ce qui existait, qui pouvait être mis en place pour aider les parents en difficultés* » (M3)

« *Ça me dit rien là mais heu... je pense peut-être plus le CMPP, et je pense qu'ils font des sortes de... je ne sais pas exactement, je pense qu'il faudrait que je me renseigne en fait* » (M8).

De nombreux médecins évoquent le **manque de ressources et la difficulté d'accès aux aides extérieures** :

- Le **manque de professionnels** : « *Ici ce qui est difficile c'est de trouver des pédopsychiatres* » (M6).
- Le **délai de prise en charge** : « *Quand vraiment y a un problème, avoir accès à un pédopsy, avoir accès aux réseaux qui sont sectorisés, je veux dire... les délais d'attente c'est 12-18 mois* » (M7) ; « *Les rendez-vous après en CHU sur tout ce qui est « autres évaluations », c'est des mois, voire des années* » (M9) ; « *Après les pédopsy pfff c'est la croix et la bannière* » (M11).
- Le **problème du remboursement** : « *Il y a les psychologues qui font... qui seraient aptes je pense sur le village à faire pour les enfants (...) c'est le problème que c'est pas remboursé* » (M4) ; « *Si vous créez une solution qui est la psychologue à 50€ à 1h de route, vous êtes sûr qu'ils n'iront pas et que ça ne pourra pas être quelque chose qui va les aider* » (M7).
- Le **manque d'accès lié à la sectorisation** : « *La pédopsy quand l'enfant est vraiment mal, c'est par secteur donc selon où on est on n'a pas la chance d'avoir un vrai service de pédopsychiatrie* » (M9).
- La **lenteur de réactivité du système** : « *Sur la réactivité du système on est vraiment en difficultés aussi. Encore une fois, pas sur un enfant qui serait battu, mais sur tout ce qui est violences psychologiques ou verbales, où... ben là on a très peu de moyens* » (M10).

- **La déception suite à une expérience négative** : « *Et ben là les services sociaux n'avaient pas été très... très aidants quoi... c'était très dans le jugement et pas très aidant (...) du coup ça m'avait pas trop motivée à refaire appel à eux* » (M10).
- **Démarche compliquée pour faire un signalement administratif** : « *Déjà c'est compliqué de se dire je vais faire la démarche, et en plus la démarche elle est pas du tout aisée, donc forcément il y a plein de médecins qui laissent tomber et qui se disent « on verra, on attend, peut-être que je me suis inquiété pour rien »* » (M3) ; « *Même pour l'information préoccupante. A qui envoyer ça ? Alors on sait que c'est au CRIP, mais faut trouver le numéro, faut trouver le fax, faut envoyer, on sait pas après ce que ça va... vraiment à quoi ça va déboucher* » (M9).

Ce manque de ressources est à l'origine d'un **sentiment de solitude** chez plusieurs médecins : « *Finalement bah on est un peu seuls quoi face à la situation, on est très seuls* » (M9) ; « *Le fait qu'on est quand même assez seuls au monde* » (M7).

Certains médecins disposent tout de même d'un **réseau** et de ressources suffisantes pour obtenir de l'aide ou orienter les patients en cas de situation complexe en cabinet :

- Un(e) confrère(sœur) : « *J'en parlerais à mon collègue, parce qu'on a les mêmes patients en fait, on se partage le cabinet donc heu (...) qu'est-ce qu'il en pense lui, qu'est-ce qu'il ferait, tout ça* » (M11).
- La PMI : « *Avec la PMI quand même ils nous conseillent bien* » (M5) ; « *Il m'est déjà arrivé d'appeler la PMI* » (M11).
- Un réseau personnel : « *On a la chance d'être en MSP, on a 2 ou 3 psychologues avec qui on travaille* » (M6) ; « *Il faut avoir son petit réseau, mais voilà moins de 6 ans je travaille beaucoup avec [nom de médecin], c'est une copine en plus, donc elle se débrouille toujours pour me les recevoir assez vite* » (M10).
- Les urgences de l'hôpital et le GED : « *J'ai déjà adressé aux urgences de [nom d'hôpital] parce que là il y a quand même des équipes heu... il y a tout, y a la possibilité de l'aspect médico-légal si jamais il faut recueillir des signalements ou des informations* » (M7) ; « *Alors déjà, on a ce recours « enfance en danger » ça déjà c'est génial* » (M10).

Enfin, deux médecins ont souligné la complexité du dépistage et de la prise en charge des violences éducatives du fait de l'**absence de « preuves » évidentes** dans certains cas : « *C'est compliqué heu... 'fin sauf quand c'est évident hein* » (M7) ; « *Un enfant qui viendrait roué de coups, y aurait aucune difficulté je pense pour personne en fait ; le problème c'est quand c'est un soupçon de la*

maman ou du papa, ou heu... juste y a des troubles du sommeil, y a des troubles du comportement alimentaire, y a dû se passer quelque chose, il doit y avoir quelque chose mais je ne sais pas, heu les parents parlent pas ou... ben là je trouve qu'on est vraiment en difficultés » (M10).

2.4 La formation des médecins généralistes sur les violences éducatives est pauvre

2.4.1 La formation initiale n'aborde pas le sujet des violences éducatives

Aucun des médecins interrogés n'a eu de formation initiale sur les violences éducatives : « *Moi de ce que j'ai eu, je dirais nulle, en fait rien du tout à la fac, j'ai aucun souvenir d'avoir eu des cours* » (M3) ; « *Je pense que c'est complètement inexistant en formation initiale, et formation continue j'ai pas vu de choses là-dessus dans les groupes de FMC* » (M4) ; « *Oh pfff, j'ai pas eu de formation là-dessus moi* » (M5).

La formation des médecins est plus orientée sur la maltraitance avérée : « *On a plus abordé sur le versant de la maltraitance que sur le versant de la violence éducative* » (M2) ; « *Ben y en a pas trop hein. Violences éducatives heu... dans notre... dans nos études on parle de maltraitance, du bébé secoué tout ça, des fractures à âge différent, des choses très claires, très carrées, mais moins les violences psychiques, les violences sexuelles, tout ça... on aborde à peine le sujet* » (M11).

2.4.2 Les médecins généralistes ont parfois le sentiment de ne pas être assez compétents

Certains médecins reconnaissent **manquer d'outils ou de conseils pratiques** à donner aux parents : « *Mais si vraiment il y a quelqu'un qui me pose des questions, je ne saurai pas forcément lui dire quelque chose de pratique dans le détail* » (M4) ; « *Non justement, du coup j'ai pas suffisamment d'outils pour faire face à ça quoi, d'où l'intérêt d'avoir les psychologues sous le coude* » (M6) ; « *On est pas du tout bien formés et pas du tout bien cadrés, en ville* » (M9).

2.4.3 Le choix de se former en fonction de leur intérêt personnel pour le sujet

Parmi les médecins interrogés, certains ne souhaitent pas réaliser de formation complémentaire dans le domaine des violences éducatives, par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet : « *C'est chronophage ces formations et voilà... pour l'instant je n'ai pas envie de consacrer mon temps personnel à me former, c'est des choix de vie* » (M1) ; « *La formation continue j'en fais régulièrement, mais tout ce qui a trait à la psychiatrie, à la psychologie, j'avoue que pffff c'est*

pas mon dada » (M6) ; « Après y a tellement d'autres sujets en médecine générale qu'on serait plutôt tentés d'explorer d'autres choses » (M4).

M8 estimait qu'une formation dans ce domaine-là n'était pas nécessaire : *« Après est-ce qu'on est obligé de faire une formation pour ça je ne pense pas ».*

D'autres médecins regrettaient le manque de formation :

« Je pense que le versant éducatif de l'enfance est très peu abordé en médecine générale, et que le développement de l'enfant dans toutes ses composantes cognitives et d'épanouissement émotionnel sont très peu abordées et c'est vraiment dommage » (M2) ;

« Moi j'ai toujours ressenti quand même effectivement une carence de formation pour comprendre le développement de l'enfant d'une façon globale, les conduites, les comportements, les interactions, heu... les besoins d'un enfant – à part les besoins de base hein – donc ça, ça m'a paru un vrai problème » (M7).

Beaucoup de médecins se sont intéressés au sujet des violences éducatives en devenant eux-mêmes parents : *« Moi c'est déjà en devenant maman que je me suis intéressée » (M4) ; « Après j'ai 2 enfants donc je pense aussi que ça aide à être intéressée par le sujet » (M8) ; « Moi en tant que parent aussi parce que moi j'ai une petite fille, on s'intéresse un peu plus... » (M9) ; « Parce qu'en tant que parents heu... ça m'a intéressé, ça m'a touché » (M12).*

2.4.4 Une formation par leurs propres moyens

Pour pallier l'absence de formation sur les violences éducatives, les praticiens se sont appuyés sur différentes sources d'informations pour se former :

- Via leur(s) **expérience(s) professionnelle(s)** : *« On en parlait beaucoup à la PMI, mais pas de formation en soit mais j'ai envie de dire comme une formation continue » (M3) ; « Je pense c'est surtout mon expérience aux urgences pédiatriques qui m'a un peu sensibilisée » (M10).*
- Via leur **expérience en tant que parents** : *« Oh c'est un peu dans le vécu personnel » (M9) ; « Et puis l'expérience personnelle aussi en tant que parent forcément heu... on apprend sur le tas aussi et avec les situations qui marchent, qui marchent pas, des erreurs, d'essayer de faire au mieux » (M12).*
- Via des **sources médicales** (congrès, DU, revues médicales...) : *« Alors j'ai fait 2 DU là-dessus, j'ai fait un DU sur l'attachement (...) puis un DU sur les troubles des conduites et du comportement de l'enfant et de l'adolescent » (M7) ; « Les FMC quand même sur les*

violences conjugales ou les... donc du coup on retombe quand même toujours un peu sur l'enfant à un moment donné » (M10).

- Via des **communications grand public** (revues, livres, sites internet...) : « *Moi je peux lire des ouvrages de psychologie ou des ouvrages même grand public » (M5) ; « Sur internet avec des sites pédiatriques dédiés à la parentalité ; y a de très bons sites sur ça » (M9).*

2.5 Place et attentes du médecin généraliste vis-à-vis de la violence éducative

2.5.1 Un rôle d'une grande importance pour la plupart des médecins interrogés

Les médecins généralistes étaient nombreux à estimer qu'ils occupent une place importante dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des violences éducatives.

« Le médecin généraliste ou le pédiatre qui suit, il a un rôle hyper important pour dépister ça et essayer d'aider et d'orienter » (M3) ; « C'est quand même tout le pan de la médecine générale » (M7) ; « Si nous on le fait pas, y a pas grand monde qui va le faire quoi, donc heu... je pense qu'on a vraiment notre place là-dedans » (M11).

Plusieurs rôles ont ainsi été évoqués :

- Un rôle de **prévention** :
 - En repérant les situations à risque : « *Il y a s'assurer qu'il y ait un bien-être familial d'abord, et là on a beaucoup de rôles : est-ce qu'il y a une addiction ? Est-ce qu'il y a un trouble psychologique qui nécessiterait que ce soit pris en charge dans la famille ? » (M2) ; « Je pense un rôle de prévention, et justement repérer ben un TDAH, repérer un enfant qui aurait des dys- et pour lequel faire des devoirs ça serait tellement complexe qu'il finirait par se prendre une gifle parce qu'il en peut... les parents en peuvent plus... c'est tout ça, ça oui » (M10).*
 - En expliquant aux parents les besoins d'un enfant ou encore la difficulté de gestion des émotions liée à l'immaturation du cerveau : « *Quand vous êtes médecin généraliste, vous avez le bébé donc vous voyez le parent dans son rôle avec le bébé, donc vous pouvez commencer à donner les messages dès le départ » (M7) ; « De les éveiller et de les éduquer eux aussi en fait sur... bah sur ce qui peut avoir un impact ou pas sur l'enfant et leur faire comprendre en fait ce qui va se passer dans la tête de l'enfant » (M11).*

- Un rôle de **soutien à la parentalité et conseils pédagogiques** : « *On est là aussi pour répondre à des questions aussi bêtes, qui paraissent bêtes mais qui ne le sont pas forcément pour tout le monde hein, et qu'on est aussi là pour faire de la parentalité en suivi pédiatrique* » (M9) ; « *Essayer de donner des pistes un petit peu, c'est un peu le... le but c'est pas de taper sur les doigts ou autre c'est d'essayer d'ouvrir d'autres pistes si les gens ne sont pas conscients ou heu... dire qu'il y a d'autres moyens quoi* » (M12).
- Un rôle d'**orientation vers les professionnels de santé adéquats** en cas de situation difficile : « *Une orientation vers un psychologue voire plus en fonction du type de violence* » (M1) ; « *Orienter vers d'autres professionnels qui seraient un peu plus à même de...* » (M8).

2.5.2 Un rôle plus modeste pour certains médecins

Quelques médecins considéraient que leur rôle était plus modeste et que cela ne relevait pas forcément du champ d'action du médecin généraliste : « *Mais comme je vous dis, oui est-ce que c'est notre rôle ? Dans quelle mesure on est dans un rôle médical ou dans un rôle éducatif ?* » (M8) ; « *Moi je considère que ce n'est pas mon problème d'éduquer les enfants des autres* » (M6). Et pour M4, il faudrait surtout qu'il y ait des campagnes de santé publique pour informer les parents à grande échelle : « *Je dis pas que c'est pas le rôle du médecin, mais il faudrait avant tout que ça passe par des informations du grand public* ».

2.5.3 Pistes d'amélioration des pratiques vis-à-vis de la violence éducative

Plusieurs suggestions et pistes de réflexion ont été apportées par les médecins interrogés afin d'améliorer leurs pratiques :

- **Poser la question des violences éducatives de façon plus systématique** en consultation : « *Et peut-être le dépister plus en... à chaque fois qu'on voit des enfants, de poser la question tout simplement, si des fois y a des conflits dans la famille et tout ça, sans parler de violence mais de conflit* » (M5) ; « *c'est vrai que souvent on demande comment ils dorment, comment ils mangent, peut-être qu'on peut rajouter « est-ce que ça crie à la maison ? est-ce qu'il y a des fessées ? » et du coup rebondir là-dessus* » (M8).

- **Délivrer des explications et conseils aux parents dès le début** : « *Moi je pense que ça commence au berceau, je pense qu'être à côté des parents dès qu'ils commencent à être parents (...) Pour leur délivrer les messages qui vont faire que chaque comportement de l'enfant va être considéré comme un langage (...) à partir de là, voilà, on déconstruit ce qui va nourrir les violences éducatives* » (M7).
- Valoriser les **consultations de prévention et de suivi** : « *Peut-être ce qui peut être bien c'est de reproposez un peu plus systématiquement – je parle pour moi hein – des consultations systématiques de prévention et inciter vraiment les gens à venir à toutes les visites régulières parce que je trouve que c'est quand on a le temps et quand y a pas de problème médical à régler qu'on est disponible pour aborder ces questions-là* » (M2).
- **Améliorer les réseaux et la coordination entre professionnels** : « *Ben je pense qu'il faudrait qu'on ait un réseau* » (M6) ; « *Après peut-être que ce qui serait intéressant (...) c'est d'avoir un... une communication avec l'école, parce que... entre maitresse et médecin, parce qu'en fait il se passe des trucs à l'école, ils sont sans leurs parents et c'est intéressant de voir les comportements et de parler d'un truc heu... sans le parent finalement, parce que... parce que parfois c'est lui le problème* » (M11).
- S'appuyer sur des **supports** : « *Ça peut être sympa de faire une petite liste de lectures...* » (M8) ; « *C'est vrai qu'on est souvent sur internet, les gens on peut leur donner une adresse d'un site internet qui pourrait développer là-dessus* » (M8) ; « *Peut-être avec des supports, pour heu (...) j'ai pas forcément de support en tête, et de... de site internet, de plaquette d'informations ou livres, c'est pas quelque chose que j'ai en tête ou que j'ai dans mon arsenal en tout cas, de conseiller tel... telle référence, tel livre, telle plaquette, tel site internet* » (M12).
- Mettre en place une **campagne de santé publique** : « *Au niveau santé publique, ils pourraient faire une campagne même un jour dans l'année, ça fait un jour dans l'année où c'est dit à tout le monde et ça a une plus grande portée* » (M4).

2.6 En lien avec l'actualité sanitaire : impact du confinement sur les violences éducatives ordinaires

2.6.1 Le vécu du confinement variable selon le secteur d'exercice du médecin

Pour certains médecins, le **confinement n'a pas été vécu de la même manière par tous les parents**. Le lieu de vie a notamment joué un rôle important :

« Pour nous en milieu rural on n'a pas été confinés dans le sens qu'on pouvait sortir dehors comme on voulait » (M5) ;

« On n'a pas connu le truc de ... 6 dans un 50m2 qui doit s'être vécu dans d'autres régions avec tout le souci que ça a dû générer, ça c'est sûr. Donc là pour le coup je pense qu'on est en zone un peu privilégiée, ça a été moins... moins flagrant » (M10) ;

« La situation ici sur le village fait quand même que j'ai l'impression que les gens étaient moins enfermés, c'est quand même plutôt des surfaces de vie assez... assez grandes, des villages comme ça avec des jardins... c'était un confinement qui était on va dire plus tolérable que dans des appartements petits, avec peu de pièces, pas moyen de se mettre à l'écart pour souffler ou autre (...) et j'ai l'impression quelque part que c'était moins mal vécu que ça a pu être ailleurs » (M12).

2.6.2 Attitudes des médecins vis-à-vis de la violence éducative pendant la crise sanitaire

Durant la crise sanitaire, **certains médecins ont été plus vigilants** vis-à-vis des violences éducatives et ont abordé le sujet plus fréquemment en consultation :

« Parce que c'est des situations qui potentiellement étaient plutôt propices à une majoration des violences éducatives. Donc là je pose assez régulièrement la question, sinon habituellement pas forcément » (M1) ; « Moi j'ai systématiquement posé la question, quand je les voyais pendant le confinement ou quand je les ai vus après le confinement, savoir comment ça se passait à la maison, comment les choses étaient vécues » (M10).

D'autres médecins **n'ont pas modifié leurs pratiques** : « J'ai vu des parents seuls du coup pour autre chose, qui ont dit au passage que le confinement avec les enfants c'était lourd, mais bon après c'est toujours pareil y a aussi plein d'autres choses au cours de la consultation donc on creuse pas forcément » (M4) ; « Franchement je ne l'ai pas fait, pas du tout, ça ne m'est même pas venu à l'esprit pour tout vous dire » (M6) ; « Non j'ai pas creusé effectivement » (M8).

2.6.3 Une absence d'augmentation des violences éducatives ?

Les médecins interrogés **n'ont pas observé d'augmentation des violences éducatives pendant la crise sanitaire** : « *Non, je n'ai pas eu plus d'augmentation de ... non, non, non* » (M5) ; « *Non, j'ai pas eu de situation d'alerte, non, non* » (M8) ; « *Alors moi j'ai pas forcément remarqué plus en cabinet qu'avant ou quoi* » (M9).

M8 précise tout de même que la baisse de fréquentation du cabinet lors du confinement peut avoir engendré une sous-estimation des situations de violence : « *c'est vrai que pendant le confinement on ne les a pas vus les enfants hein, ils ne sont pas venus, ils ne sont pas venus se faire suivre, même niveau vaccin tout ça, ça a été reporté donc c'est vrai que peut-être ça a joué sur le dépistage de ce genre de choses* ».

Il y a parfois eu des petits signes indirects évocateurs de difficultés pour les parents ou les enfants : « *C'est sûr que, quand on voit le nombre de traitements antidépresseurs, anxiolytiques qu'on a prescrit chez les adultes, on s'imagine que quand même les parents vont pas bien, donc si les parents vont pas bien, les enfants vont pas bien* » (M9) ; « *Y a eu quand même beaucoup de troubles du sommeil, y a eu beaucoup de... y a eu beaucoup quand même de petits événements chez les enfants* » (M10).

Certains parents ont parfois exprimé leur lassitude en consultation : « *À part que de temps en temps certains parents ont dit... non mais après c'était des réflexions « vivement que l'école reprenne, on en peut plus »* » (M6) ; « *Moi j'ai pas mal de parents – alors c'est vrai que j'ai pas posé de questions plus loin – mais pas mal de parents à dire « on n'en peut plus, vivement la rentrée », des petites choses comme ça* » (M8) ; « *Y a des parents qui très honnêtement disaient « ben j'en peux plus d'être à... en télétravail, gérer les devoirs et... » et on le comprend hein, ça devait être compliqué* » (M10).

Pour M10, le confinement a aussi pu avoir un impact positif dans les familles : « *D'autres parents qui au contraire - ou d'autres enfants - qui l'ont vécu super bien, parce qu'il y avait moins d'angoisses de la montre, de la performance et tout ça, je pense* ».

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Le sujet des violences éducatives ordinaires a été peu exploré jusqu'à présent dans le domaine des soins primaires, ce qui fait l'originalité de notre travail. Une précédente thèse avec un objectif de recherche similaire a été réalisée en 2016 mais le cadre législatif était différent, la France n'ayant pas encore aboli les VEO. Il était donc intéressant de pouvoir comparer les résultats de nos deux études.

Comme nous l'avons évoqué précédemment dans la partie « Matériel et méthode », le choix de la méthode qualitative est adapté au sujet et à la question de recherche.

Je me suis efforcée de constituer un échantillon le plus diversifié possible (en termes d'âge, sexe, lieu d'exercice, expérience, nombre d'enfants...). Notre échantillon regroupe ainsi des profils de médecins très différents ce qui a permis d'obtenir une grande diversité de réponses concernant le sujet à l'étude.

L'analyse thématique a été réalisée de façon concomitante au recueil des données pour minimiser la perte des données, notamment non verbales. La saturation des données atteinte au 10^{ème} entretien et confirmée par l'absence de nouvelles données sur les 2 entretiens supplémentaires renforce la validité interne de l'étude.

La validité externe repose sur la mise en relation des résultats de notre étude avec les données de la littérature et notamment sur la cohérence de nos résultats avec ceux d'une thèse réalisée en 2016 portant sur le même sujet (29).

1.2 Limites de l'étude

Notre étude comporte cependant plusieurs biais.

Il existe tout d'abord un biais de sélection. L'annonce du sujet de la thèse lors du premier contact téléphonique a probablement favorisé la participation de médecins intéressés par le sujet. Certains

participants étaient connus de l'enquêtrice, il s'agissait de médecins rencontrés tout au long de la formation médicale. Ces derniers ont donc répondu plus favorablement à la demande de participation.

De la même façon, le fait de connaître certains participants a pu créer un biais lors de la réalisation des entretiens. Les médecins appartenant au réseau de l'enquêtrice ont probablement fait preuve de plus de bienveillance envers l'enquêtrice au cours des entretiens et étaient très certainement plus à l'aise pour s'exprimer sur le sujet étudié.

Les entretiens ont tous été menés par une seule investigatrice ayant peu d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative et la pratique des entretiens. Il a parfois été difficile de respecter totalement les règles de l'entretien semi-dirigé (neutralité, questions ouvertes...) ce qui a pu induire un biais d'intervention.

La violence éducative ordinaire étant un sujet controversé et délicat à aborder, il est possible que certains médecins aient fait preuve de retenue lors des entretiens et n'aient pas osé s'exprimer librement. L'importance de ce biais est difficile à estimer. Pour limiter ce biais de désirabilité sociale, nous avons privilégié la technique de l'entretien semi-dirigé plutôt que le focus group.

Enfin, l'analyse des verbatims et la thématisation dépendent en partie de l'interprétation de l'investigatrice et comprennent donc une part de subjectivité, ce qui a pu générer un biais. Les résultats de l'analyse ont été relus et validés par la directrice de thèse afin de minimiser ce biais.

2. Discussion des résultats

2.1. Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

Concernant les représentations de la violence éducative chez les médecins généralistes :

La violence éducative ordinaire est un sujet qui fait débat auprès de la population française depuis plusieurs années. Une étude publiée en 2012 a montré que seulement 30% des parents français interrogés considéraient comme violent le fait de donner « une rude tape » sur le derrière ou une gifle à leur enfant pour cause de désobéissance (30). Le niveau de violence toléré par chacun en matière d'éducation est donc très variable d'une personne à une autre.

Dans notre étude, la plupart des médecins avait des difficultés pour définir et délimiter de façon précise la violence éducative ordinaire. Tous ont cité de façon générale les violences verbales,

psychologiques et/ou physiques données dans un but éducatif par les parents mais ils s'interrogeaient sur ce qui pouvait être considéré comme violent ou non. Certains ont cité par exemple l'exigence de performance ou encore la menace et le chantage affectif quand d'autres évoquaient la négligence ou le fait de parentaliser un enfant.

Chaque médecin avait donc ses propres limites de ce qu'il considérait comme violent ou non. Il est intéressant de constater que les médecins ayant reçu des fessées dans leur enfance avaient une marge de tolérance plus importante vis-à-vis de certaines violences selon le contexte (caractère répété, intentionnalité, type de violence etc...) tandis que les médecins ayant subi des violences psychologiques ont déclaré ne pas vouloir reproduire ce type de comportement avec leurs enfants. Le vécu des médecins semble donc influencer leurs représentations des violences éducatives ainsi que les comportements éducatifs qu'ils adoptent avec leurs enfants.

L'impact de l'éducation reçue sur les perceptions de chacun en ce qui concerne les VEO et sur la perpétuation de pratiques éducatives violentes a été mis en évidence dans de nombreuses études (31,32). Une étude récente réalisée auprès de 787 pédiatres américains a montré par exemple que leur position vis-à-vis des punitions corporelles ou leur perception de ses impacts sur l'enfant étaient corrélés à une histoire personnelle de fessées reçues dans l'enfance (33). Dans cette même étude, la majorité des pédiatres était contre la fessée et ne recommandait pas son utilisation (78,8%) et considérait que la fessée était délétère pour l'enfant (71,9%). La plupart des médecins connaissait les conséquences négatives des punitions corporelles, notamment le risque d'agressivité chez les enfants (86,7%), d'être victime de violence (70,3%) ou d'altération de leur santé mentale (68,8%).

Tous les médecins interrogés dans notre étude ont conscience du retentissement négatif de la violence éducative sur la santé et le comportement des enfants ; mais si pour certains ces conséquences peuvent être « graves » ou « catastrophiques », d'autres médecins sont plus modérés dans leurs propos concernant l'impact réel que peuvent avoir ces violences. Cette incertitude sur la nocivité des violences éducatives apparaît également dans la thèse réalisée en 2016 portant sur les représentations des médecins généralistes à propos de la violence éducative (29).

Les médecins généralistes semblent donc être sensibilisés de façon inégale sur les conséquences délétères de la violence éducative ordinaire qui sont aujourd'hui bien démontrées. Dans son livre, le Docteur Catherine Gueguen reprend les nombreuses études sur le sujet et explique comment les relations entre un enfant et ses parents ont un impact important sur les neurones, les circuits

neuronaux et le développement global du cerveau de l'enfant (34). Le stress engendré par la violence physique et verbale provoque notamment un excès de production de cortisol et d'adrénaline. Lorsque le cortisol est présent à un taux trop élevé ou de façon prolongée, il entraîne des effets neurotoxiques importants sur le cerveau de l'enfant qui est particulièrement fragile et vulnérable. D'autres atteintes cérébrales ont été mises en évidence comme la diminution du volume de l'hippocampe (35), la destruction de neurones en cas de stress important ou prolongé (36) ou encore l'altération du cortex orbito-frontal qui joue un rôle essentiel dans la régulation des émotions (37).

La formation initiale des médecins généralistes n'aborde pas la question des violences éducatives et plusieurs médecins regrettent que le versant éducatif ou que le développement de l'enfant de façon globale (ses besoins et comportements, son épanouissement émotionnel...) ne soient pas suffisamment abordés. Cette formation est axée sur la maltraitance avérée, notamment le repérage des signes d'alerte, la conduite à tenir face à une suspicion de maltraitance ou encore les procédures de signalement. La formation des médecins sur la maltraitance infantile est bien entendu indispensable, et ce d'autant plus qu'une très faible proportion des signalements provient du corps médical alors que le médecin est en première ligne pour le repérage de la maltraitance et de l'enfant en danger. Cette faible proportion est – en partie – liée à un manque de formation des médecins généralistes (38). Le manque de formation sur les VEO est à l'origine d'un sentiment d'incompétence chez plusieurs médecins interrogés. Ces derniers regrettaient de ne pas avoir plus de connaissances et d'outils à leur disposition pour informer les parents ou leur donner des conseils concrets.

La formation continue sur les VEO est également très pauvre mais plusieurs médecins ne souhaitaient pas en réaliser en raison d'un manque de temps. Certains estimaient aussi qu'une formation n'était pas indispensable ou que d'autres sujets étaient prioritaires. Des résultats similaires ont été mis en évidence dans une thèse portant sur la maltraitance (39). Ainsi, l'accent pourrait plutôt être mis sur la formation initiale.

Une étude réalisée en 2016 aux Etats-Unis auprès de 22 pédiatres et 31 étudiants en médecine a montré que le fait d'avoir bénéficié d'une formation sur la parentalité positive et la prévention de la violence éducative était associé à un plus grand sentiment de compétence pour aborder le sujet en consultation et délivrer des conseils éducatifs aux parents, ainsi qu'à une diminution de leur tolérance face à la fessée (40). De la même façon, l'étude réalisée auprès des pédiatres américains a montré qu'une bonne connaissance des conséquences néfastes de la violence éducative était

fortement associé au fait de désapprouver les punitions corporelles et de ne pas recommander leur usage (33).

Il est donc important de compléter la formation initiale des médecins généralistes sur la maltraitance infantile en y intégrant la problématique des violences éducatives ordinaires. Cela permettrait de les sensibiliser et mieux les informer sur la nocivité de ces violences et leur retentissement majeur sur le cerveau encore immature de l'enfant, conduisant au développement de troubles psychosomatiques. Il serait également intéressant de leur donner des outils pratiques leur permettant d'aborder le sujet plus facilement en consultation et des conseils concrets à apporter aux parents pour les aider à trouver des alternatives à la VEO.

Concernant les pratiques des médecins généralistes :

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude sont majoritairement confrontés à des VEO verbales ou psychologiques en cabinet. Très peu ont été témoins de violences physiques. Une des explications possibles évoquée par plusieurs médecins serait que les parents qui frappent leur(s) enfant(s) évitent de se montrer violent lorsqu'ils se rendent chez leur médecin pour ne pas attirer l'attention sur ce qui pourrait se passer dans leur intimité familiale.

Ils ont d'ailleurs été nombreux à souligner que la violence éducative ordinaire est très probablement sous-estimée et qu'elle est difficile à dépister au cabinet. C'est aussi ce qui ressort du rapport gouvernemental relatif aux VEO de 2019 qui souligne la difficulté de recenser de façon officielle la fréquence des violences éducatives ordinaires. En effet, ces violences ayant lieu dans l'intimité des familles et étant considérées comme admises et banales (« ordinaires »), elles ne sont pas rapportées aux forces de l'ordre ou aux services de protection de l'enfance et n'apparaissent donc pas dans les statistiques du ministère de l'intérieur (4).

Une grande partie des médecins interrogés a reconnu ne pas aborder assez le sujet en consultation, que ce soit à titre systématique pour dépister des violences à la maison ou face à une situation de VEO au cabinet. De leur propre aveu, la majeure partie des médecins ne se sent pas à l'aise pour aborder le sujet et plusieurs raisons ont été évoquées, notamment le sentiment d'être trop intrusif dans ce qui appartiendrait à la sphère familiale. La limite entre le rôle médical et le rôle éducatif leur semble très ténue lorsqu'il s'agit d'aborder la question des violences éducatives avec un parent, et certains médecins se demandent s'ils sont vraiment à leur place lorsqu'ils font une remarque éducative. Pourtant, selon une thèse récente (41), les parents semblent considérer que le

médecin a une place tout à fait légitime pour parler de la violence éducative. Le statut du médecin (perçu comme un « garant de santé » recherchant avant tout le bien-être de l'enfant) et la relation de confiance entre médecin et patient semblent être des critères importants pour les parents.

Le fait qu'il s'agisse de violences « ordinaires » augmente la difficulté des médecins à aborder le sujet. En effet, si de nombreux parents pensent encore que la violence a des vertus éducatives, d'autres sont avant tout bienveillants et pensent agir pour le bien de leur(s) enfant(s) sans se rendre compte de la violence de certains gestes ou certaines paroles. Mais dans un cas comme dans l'autre, cela complique la tâche du médecin généraliste. Une prise de conscience à l'échelle nationale sur la nocivité des VEO pourrait ainsi faciliter et rendre plus légitime l'intervention du médecin généraliste.

D'autres facteurs ont été évoqués par les médecins généralistes lors des entretiens, similaires à ceux mis en évidence dans plusieurs thèses portant sur la maltraitance (42,43) ou la violence éducative (29) : la peur de se tromper, la crainte d'une mauvaise réaction de la part des parents, la peur de perdre le lien de confiance avec les familles, le manque de temps en consultation, le manque de formation comme nous l'avons évoqué plus haut, ou encore le sentiment d'isolement des médecins généralistes. Ce sentiment d'isolement est lié en grande partie au manque de ressources et d'aides extérieures ressenti par certains médecins en cas de situation compliquée et plusieurs ont fait part de leur déception face aux délais d'attente et à la lenteur de réactivité du système pour ces situations toujours très complexes. Le manque de ressources, la méconnaissance des interlocuteurs et des aides potentielles sont des problématiques récurrentes évoquées par les médecins généralistes dans le domaine de l'enfance en danger (21,22).

Lors des entretiens, plusieurs médecins ont évoqué le Groupe Enfance en Danger du CHU de Montpellier comme une ressource particulièrement utile (annexe 4). Cette unité spécifique mise en place en 2013 peut être sollicitée par n'importe quel professionnel de santé qui aurait besoin d'un avis concernant un enfant en danger ou en risque de danger. Des unités similaires (la CASED au CHU de Rennes, l'UAED à Nantes...) existent déjà dans plusieurs grandes villes de France et d'autres sont en cours de création. Il serait donc intéressant que l'existence de ces unités soit portée à la connaissance de tous les médecins généralistes et que ces derniers aient les coordonnées afin de pouvoir joindre facilement un référent en cas de situation complexe.

Une étude réalisée en 2019 portant sur l'opinion des médecins québécois à propos des punitions corporelles a montré que les médecins québécois sondés sont fortement contre le recours aux punitions corporelles dans l'éducation des enfants et la grande majorité des médecins sondés

déclare qu'elle aborderait les situations de punitions corporelles avec les parents, et ce peu importe leur sévérité (44). Dans notre étude, l'attitude des médecins généralistes face à une situation de violence éducative n'était pas aussi claire et dépendait du contexte. Plusieurs médecins ont reconnu ne pas avoir voulu ou osé agir face à des violences – verbales ou physiques – qui leur semblaient « légères ». On peut donc supposer que le vécu et la marge de tolérance de la violence propre à chaque médecin est également un facteur qui influe sur leur propension à intervenir. Une meilleure connaissance des impacts négatifs des VEO pourrait les aider à s'affranchir de certaines de leurs croyances et les pousser à intervenir davantage en consultation.

S'ils abordent très peu la question des violences éducatives en l'absence de signes d'alerte ou d'une situation de violence en cabinet, les médecins interrogés étaient en revanche nombreux à aborder de façon systématique, notamment lors des consultations de suivi du nourrisson, les questions de parentalité (sommeil, alimentation, écrans...) et à s'intéresser à l'équilibre et au bien-être familial, y compris chez l'enfant plus âgé.

Lorsqu'ils interviennent en consultation, les médecins généralistes cherchent avant tout à être bienveillants et à ne pas culpabiliser les parents. Conscients que le rôle de parent n'est pas toujours évident, ils essaient d'expliquer et faire prendre conscience aux parents de la portée de certains gestes ou certaines paroles qui peuvent blesser les enfants, tout en restant à l'écoute et en proposant de l'aide si nécessaire. Cette posture bienveillante a également été mise en évidence dans la thèse réalisée en 2016 sur les violences éducatives (29). Cette thèse a également montré que les médecins n'ont pas d'attitude consensuelle sur le fait que la violence éducative relève ou non de leurs compétences (bien que 17 médecins sur les 20 interrogés se sentaient concernés par le sujet), certains médecins faisant état d'un « malaise pour définir ce qui relève de leur mission ».

C'est aussi ce qui ressort de notre étude. Certains médecins sont convaincus de l'importance de leur rôle à jouer face aux violences éducatives (un rôle notamment de dépistage, de soutien à la parentalité, d'orientation vers des professionnels adéquats si nécessaire) ; d'autres ont des propos plus nuancés, se demandant dans quelle mesure cela relève réellement de leurs compétences et un des médecins interrogés considérait par ailleurs que ce n'était pas son rôle « d'éduquer les enfants des autres ».

En fait, d'après le rapport gouvernemental relatif aux VEO (4), tous les professionnels de la petite enfance ont un rôle à jouer : « La sensibilisation des familles mais aussi des professionnels est essentielle pour appréhender les besoins de l'enfant et adapter son comportement d'adulte en conséquence (...). Ils peuvent améliorer l'identification et le signalement de cas problématiques

présentant un risque de maltraitance, mais ils ont également un rôle à jouer dans l'accompagnement des parents ».

Et pour le Docteur Gilles Lazimi, médecin généraliste et membre de la commission d'experts des 1000 premiers jours de l'enfant, « il est indispensable que les médecins, en première ligne pour repérer ces violences ordinaires, informent et conseillent les parents sur les bienfaits d'une éducation sans violence (qui ne signifie pas une éducation sans autorité qui serait une autre forme de maltraitance) ».

2.2. À propos de la crise sanitaire et de la période de confinement

Les médecins interrogés n'ont pas constaté d'augmentation des violences éducatives ordinaires pendant la crise sanitaire. Le SNATED, gestionnaire du numéro d'appel 119, a pourtant indiqué une hausse de 56,2 % du nombre d'appels entrants en 2020 par rapport à l'année précédente. Les sollicitations pour des situations de mineurs en danger ont donc augmenté à cette période. Autre fait marquant : le nombre d'informations préoccupantes transmises aux services départementaux de protection de l'enfance a connu une hausse de 30,4%, par rapport à la période équivalente en 2019 (45).

Plusieurs éléments peuvent expliquer les résultats contradictoires de notre étude :

- Le faible nombre de médecins interrogés (inhérent au choix de la méthode de recherche).
- Les attitudes divergentes des médecins : certains médecins étaient plus vigilants et abordaient la question des VEO et du vécu du confinement avec les parents ; d'autres n'y ont pas songé du tout et n'ont pas modifié leurs pratiques.
- Seul un médecin se situait dans un secteur « défavorisé ». Bien que la violence éducative touche tous les milieux socio-économiques (46), on peut raisonnablement penser que le fait d'habiter dans un logement petit sans accès à l'extérieur, de surcroît en cas de famille nombreuse, pouvait être un facteur favorisant les violences.
- Les entretiens ont eu lieu à des moments différents par rapport au confinement : certains entretiens se sont par exemple déroulés juste après la sortie du premier confinement alors que les enfants avaient été très peu vus en consultation.

D'après notre étude, certains parents semblent parfois avoir exprimé en consultation leur lassitude ou leurs difficultés liées au confinement mais la plupart des médecins interrogés n'a pas saisi cette opportunité pour aborder avec eux la question des violences éducatives. La Société Française de

Pédiatrie Médico-Légale a émis en mai 2020 des recommandations pour un repérage des situations de violences sur mineurs en sortie de confinement (27). Il aurait été intéressant de diffuser largement ce document aux médecins généralistes car il aurait pu les sensibiliser sur cette problématique et les guider pour aborder au mieux le sujet en consultation.

Une étude quantitative s'intéressant spécifiquement à la violence sur mineurs pendant la crise sanitaire pourrait être menée auprès de médecins généralistes. Cela permettrait de mesurer plus précisément l'impact du confinement sur les violences éducatives (le design de notre étude ne permettant pas la représentativité statistique) ou encore de comparer les différentes attitudes des médecins pendant la crise.

2.3. Pistes d'amélioration et implications pratiques

Mesures de soutien à la parentalité et campagnes de sensibilisation

La loi de 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires a constitué une avancée importante qui a permis de relancer la lutte contre ces violences et alerter la société sur ces violences encore largement banalisées. Mais pour que cette loi puisse avoir un réel impact, il est important qu'elle soit associée à des « campagnes d'accompagnement intensives et à long terme » comme le suggère une étude réalisée en 2012 sur l'impact en Europe de l'interdiction des châtiments corporels (30). À titre d'exemple, la Suède - premier pays européen à avoir aboli les châtiments corporels et humiliations en 1979 et qui a largement diffusé des campagnes de sensibilisation en faveur d'une éducation non violente - a enregistré une diminution progressive des violences éducatives en lien avec un changement des mentalités (47).

L'intérêt des campagnes de santé publique a également été évoqué dans notre étude, elles pourraient avoir une plus grande portée et faire évoluer les mentalités à grande échelle.

En France, plusieurs campagnes de sensibilisation ont déjà eu lieu :

- En 2009, une campagne municipale de sensibilisation lancée par la Fondation pour l'Enfance et la mairie de Romainville a été mise en place sous la forme de slogans affichés dans la ville (annexe 5).
- En 2011, 2013 et 2018, la Fondation pour l'Enfance a réalisé plusieurs spots de 30 secondes diffusés à la télévision et sur le web pour alerter sur la répétition de la violence éducative

de génération en génération, l'impact de la violence physique et les effets néfastes des VEO à court, moyen et long terme (48–50).

- En 2017, un court film de sensibilisation sur les violences verbales a été diffusé à la télévision et relayé sur les réseaux sociaux (51).

Une enquête réalisée en mai 2021 par l'AFPA (52) auprès de 1310 parents a montré que pour 90% des parents interrogés, donner une fessée s'apparentait « beaucoup » ou « énormément » à une VEO (contre 45% qui voyaient cela comme un outil d'éducation bénéfique dans un sondage TNS Sofres de 2009). Il y a donc eu une véritable prise de conscience ces dernières années, très probablement en lien avec les multiples campagnes de sensibilisation, les ouvrages de plus en plus nombreux sur la parentalité bienveillante et la promulgation de la loi en 2019.

Malgré cette prise de conscience, l'enquête révèle que 33% des parents ne savent toujours pas que les VEO sont interdites en France, et 36% ne savent pas ou pas exactement ce que sont les VEO. Ils sont également 43% à souhaiter des ateliers de soutien à la parentalité avec des professionnels de santé et de la petite enfance.

Une nouvelle campagne de sensibilisation est en cours depuis le 23 juin 2021 sous la forme d'affiches visibles dans plusieurs villes de France (annexe 5) et un webinaire a également été réalisé le 29 juin 2021 pour guider les parents et proposer des outils concrets pour aider à éduquer sans violence (53).

Dans le cadre de sa politique de soutien à la parentalité, le gouvernement a mis en place plusieurs plans d'action ces dernières années incluant quelques mesures de lutte contre les VEO :

- Dans le rapport gouvernemental de 2019 (4), il est ainsi prévu par exemple l'envoi systématisé d'informations « aux moments clés de l'expérience parentale » ou encore la modification éventuelle du carnet de santé pour y mentionner l'éducation sans violences. En ce qui concerne la formation médicale, un diplôme universitaire d'accompagnement à la parentalité ouvert aux pédiatres a été créé depuis septembre 2019 sur Paris. Il serait intéressant que cette formation puisse également être accessible aux médecins généralistes et déployée dans plusieurs villes pour en faciliter l'accès.
- La Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 « Dessine-moi un parent » se compose de 8 grands axes et comprend plusieurs mesures visant à accompagner les familles vers une éducation sans violences (54).

- En 2019, la commission des « 1000 premiers jours de l'enfant » a été lancée et son rapport de septembre 2020 contient de nombreuses préconisations telles que la promotion de l'entretien prénatal précoce, la création de « maisons des 1000 jours » lieux d'accueil et d'écoute pour les familles, la diffusion de messages publics à destination des professionnels de santé et des parents, ou encore le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels sur le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions.

Importance des supports physiques

Pour certains médecins, il est aussi important de pouvoir s'appuyer sur des supports physiques lors des consultations afin de renforcer leur discours auprès des parents. Il pourrait s'agir de supports papiers (dépliants, affiches, livres, information dans le carnet de santé etc...) ou informatisés (sites internet dédiés).

Certaines associations ont fait un travail remarquable de création de supports à destination des professionnels de santé et de la petite enfance, mais ces derniers ne semblent pas ou peu informés. Il existe par exemple le kit de prévention « Les violences éducatives, c'est grave docteur ? » composé de flyers et d'affiches (55) lancé en 2019 par l'association StopVEO, mais de nombreux autres supports existent (56). Il faudrait donc que l'information soit relayée auprès des professionnels de santé.

On peut aussi regretter un manque d'information et de prévention de la part des pouvoirs publics. À ce jour, il n'existe aucun document officiel sur les VEO établi par les institutions de santé publique sur lequel pourraient s'appuyer les professionnels de santé en consultation. De la même façon que les campagnes de sensibilisation évoquées plus haut ont toutes été lancées par des associations privées et pas par les pouvoirs publics. Le seul document existant est le « Livret des parents », réalisé par le ministère des Familles en partenariat avec la CNAF. Ce livret est envoyé depuis 2016 aux futurs parents au cours du 5^{ème} mois de grossesse et comporte un paragraphe consacré à la nocivité des punitions corporelles.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de soutien à la parentalité, le rapport gouvernemental de 2019 précise que la création d'une « plateforme à destination des professionnels et des bénévoles du soutien à la parentalité » est envisagée et ce site internet aura pour objectif « de les outiller et d'alimenter leur réflexion dans le domaine du soutien à la parentalité ». Il est également précisé

qu'une « rubrique spécifique autour de la prévention des violences éducatives ordinaires pourra être proposée ».

Nécessité d'une amélioration des réseaux de professionnels de santé

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les médecins interrogés regrettent le manque de réseau et de coordination entre professionnels de santé (manque de professionnels, délais, sectorisation...) qui est parfois à l'origine d'un sentiment d'isolement important.

Pour le docteur Gilles Lazimi, « la mise en place de réseaux impliquant médecins de ville et équipes spécialisées est essentielle afin que le professionnel ne reste pas isolé ». Le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022 (57) prévoit l'augmentation du nombre d'unités d'accueil et d'écoute spécialisées sur l'ensemble du territoire d'ici 2022 (nouvellement appelées unités d'accueil pédiatriques enfance en danger (UAPED)). Ce plan prévoit également la désignation d'au moins 2 équipes pédiatriques référentes par région sur les violences faites aux enfants, ce qui devrait faciliter les mesures de signalement et améliorer la communication entre ville et hôpital.

Face au manque de pédopsychiatres, la commission des 1000 premiers jours de l'enfant prévoit de mettre l'accent sur la formation des professionnels et de mieux structurer l'offre de soins pour réduire les inégalités d'accès, en passant notamment par la mise en place de Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Valoriser les consultations de suivi et aborder le sujet

Plusieurs médecins ont souligné l'importance d'aborder la question des VEO de façon plus systématique en consultation, de la même façon qu'ils le font déjà sur d'autres problématiques de la petite enfance comme le sommeil, l'alimentation ou l'exposition aux écrans.

Bien que cela n'ait pas été évoqué par les médecins interrogés dans notre étude, la manière d'aborder le sujet est un point qu'il nous paraît important à prendre en compte pour obtenir une réponse sincère. Selon Olivier Maurel, fondateur de l'OVEO, plutôt que de demander directement « Est-ce qu'il vous arrive de frapper vos enfants ? », il serait plus approprié de dire par exemple « Comment faites-vous lorsque votre enfant fait une bêtise ? ». Dans ce 2^{ème} cas de figure, le parent se sentirait moins suspecté de violence et la réponse risquerait d'être plus sincère (58).

En fonction de l'âge de l'enfant, le médecin pourrait adapter ses questions auprès des parents pour aborder le sujet de façon générale et non intrusive :

- Par exemple pour un enfant de 2 ou 3 ans : « Comment réagissez-vous face aux colères de votre enfant ? », pour ensuite donner des conseils au parent.
- Pour un enfant plus grand : « Est-ce que vous avez des difficultés pour faire respecter les règles à votre enfant ? » ; « Y a-t-il des moments où vous vous sentez dépassé par le comportement de votre enfant ? ».
- Pour un adolescent : « La période de l'adolescence est parfois source de tensions au sein d'une famille, comment cela se passe avec votre enfant ? ». Il est important aussi que le médecin puisse s'entretenir seul avec l'adolescent.
- Et face à un parent qui ferait part de difficultés dans l'éducation de son enfant : « Qu'est-ce qui est difficile ? Vous pouvez m'en dire plus ? Je peux peut-être vous aider... ».

Enfin, il est important de valoriser les consultations de suivi systématique et inciter les parents à venir régulièrement chez le médecin avec leur(s) enfant(s). En effet, c'est lorsqu'il n'y a pas de problème médical urgent à régler que le médecin est le plus disponible pour aborder ces problématiques-là. C'est aussi lors de ces consultations qu'il peut délivrer des messages clés sur les besoins et la santé de l'enfant ou encore soutenir les parents dans leur rôle éducatif.

La modification récente du calendrier des examens de suivi obligatoires est une mesure qui va dans ce sens. Les enfants bénéficient de 20 examens de santé qui, auparavant, étaient tous réalisés avant l'âge de 6 ans. Depuis 2019, ces examens de suivi s'échelonnent jusqu'à l'âge de 16 ans permettant ainsi au médecin de continuer à suivre l'enfant tout au long de sa croissance et de s'assurer régulièrement de son bien-être sur le plan psychosocial et affectif.

CONCLUSION

Notre travail offre un éclairage sur la diversité des représentations que se font les médecins généralistes de la violence éducative ordinaire et sur leurs pratiques actuelles. Il s'agit d'un sujet délicat car il nécessite de prendre du recul et de remettre en question ses repères familiaux et ses a priori sur le sujet.

La définition de la violence éducative est subjective et les limites très variables selon les médecins généralistes, chacun ayant sa propre marge de tolérance en fonction notamment de son vécu personnel. Cela peut parfois conduire à la minimisation voire à la banalisation de ces violences. Les médecins généralistes ont conscience que la VEO a un retentissement négatif sur les enfants mais remettent parfois en question l'importance de ce retentissement sur la santé globale et la qualité de vie à long terme.

La problématique des VEO est très peu abordée en médecine générale bien que les médecins interrogés aient tous été confrontés à une situation de violence éducative en cabinet. Notre travail met en avant les difficultés rencontrées par les médecins dans leur pratique : difficultés personnelles pour aborder le sujet en consultation (peur d'être intrusif ou de se tromper, crainte de la réaction parentale, manque de temps...) et difficultés dans la prise en charge liées au système de soins. De plus, la perception d'un manque de moyens est parfois à l'origine d'un sentiment de solitude.

Adopter une posture bienveillante et non culpabilisante en consultation est un point clé pour préserver le lien de confiance. Il ne faut pas stigmatiser les parents mais leur ouvrir les yeux sur la nocivité des VEO et les aider à trouver des alternatives à la violence. Le médecin généraliste, en abordant plus systématiquement le sujet et en délivrant des messages clés dès le début, pourrait ainsi prévenir la violence éducative ordinaire et promouvoir une éducation bienveillante, ce qui ne veut pas dire non plus une absence de cadre, qui serait tout aussi délétère pour l'enfant. Toute la complexité tient au fait de ne pas être trop permissif mais de réussir à rester ferme et poser un cadre sans être violent.

Notre étude montre cependant que les médecins ont des avis divergents sur le fait que la violence éducative relève ou non de leurs missions. Il est important qu'ils soient mieux informés sur les conséquences désastreuses de la VEO afin de prendre conscience de l'enjeu lié à la prévention de

la violence éducative en médecine générale, à son repérage et à sa prise en charge. La formation des médecins généralistes pourrait donc être renforcée et aborder la problématique des VEO. Changer le regard que la société porte sur les violences faites aux enfants est également indispensable et cela passe entre autres par des campagnes de sensibilisation qui permettraient de légitimer l'intervention du médecin généraliste. La création de supports à destination des professionnels de santé (et des parents !) pourrait également être un outil important qui viendrait renforcer le discours du médecin. Enfin, l'amélioration des réseaux de soins et de la communication entre professionnels est nécessaire. Plusieurs mesures gouvernementales récentes vont dans ce sens et laissent espérer un changement positif pour les années à venir.

Les enfants sont les adultes de demain. Réduire la violence éducative est un véritable enjeu car cela permettrait d'améliorer la santé et le bien-être de ces adultes en devenir, mais cela contribuerait aussi à diminuer les comportements agressifs et la violence globale dans la société.

BIBLIOGRAPHIE

1. Histoire de la violence éducative | OVEO [Internet]. 2005 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/histoire-de-la-violence-educative/>
2. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF France. 2015 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
3. Liste actualisée des pays abolitionnistes | OVEO [Internet]. 2008 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/liste-actualisee-des-pays-abolitionnistes/>
4. Rapport du Gouvernement au Parlement relatif aux violences éducatives - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/wp-content/uploads/2019/11/Rapport-Gouvernement-violences-educatives.pdf>
5. Les Français et la fessée [Internet]. Kantar. 2013 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-la-fessee>
6. Gershoff ET, Grogan-Kaylor AC. Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*. 2016;30(4):453-69.
7. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences [Internet]. UNICEF France. 2017 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/des-millions-d-enfants-dans-le-monde-victimes-de-violences>
8. La Violence Éducative Ordinaire (VEO) selon Catherine Gueguen [Internet]. *lesprosdela petiteenfance*. 2019 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-pedagogie/la-violence-educative-ordinaire-veo-selon-catherine-gueguen>
9. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*. juill 2002;128(4):539-79.
10. Transactional and Cascading Relations Between Early Spanking and Children's SocialEmotional Development. *Journal of Marriage and Family*. :15.
11. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl*. oct 2006;30(10):1093-103.
12. Afifi TO, Mota NP, Dasiewicz P, MacMillan HL, Sareen J. Physical Punishment and Mental Disorders: Results From a Nationally Representative US Sample. *Pediatrics*. 1 août 2012;130(2):184-92.
13. Taylor CA, Manganello JA, Lee SJ, Rice JC. Mothers' Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior. *Pediatrics*. 1 mai 2010;125(5):e1057-65.

14. Gershoff ET, Sattler KMP, Ansari A. Strengthening Causal Estimates for Links Between Spanking and Children's Externalizing Behavior Problems. *Psychol Sci.* 1 janv 2018;29(1):110-20.
15. Temple JR, Choi HJ, Reuter T, Wolfe D, Taylor CA, Madigan S, et al. Childhood Corporal Punishment and Future Perpetration of Physical Dating Violence. *J Pediatr.* mars 2018;194:233-7.
16. Spanking Kids Increases Risk Of Sexual Problems As Adults [Internet]. *ScienceDaily.* [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedaily.com/releases/2008/02/080228220451.htm>
17. Hyland ME, Alkhalaf AM, Whalley B. Beating and insulting children as a risk for adult cancer, cardiac disease and asthma. *J Behav Med.* déc 2013;36(6):632-40.
18. Clément M-È, Institut de la statistique du Québec. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012: Les attitudes parentales et les pratiques familiales.* Québec: Institut de la statistique du Québec; 2013.
19. 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 - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article730>
20. Gréco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale: bases pour améliorer la formation [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
21. Bontil L. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2020.
22. Mignien M. Ressenti des médecins généralistes face à la maltraitance infantile [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1188>
23. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 3e éd. Paris: A. Colin; 2012. (Collection U).
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
25. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. *L'entretien.* 2e éd. refondue, avec une nouvelle présentation. Paris: A. Colin; 2010. (L'enquête et ses méthodes).
26. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique.* 2014;Tome LIII(4):67-82.
27. Préconisations médicales pour un repérage des situations de violences pour les (...) - Société Française de Pédiatrie Médico-Légale [Internet]. [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.sfpediatriemedicolegale.fr/Preconisations-medicales-pour-un-reperage-des-situations-de-violences-pour-les.html>

28. Bardin L. L'analyse de contenu. 2e éd. Paris: PUF; 2013. (Quadrige).
29. De Brie C. La violence éducative: quelle représentation par les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2016.
30. Bussmann K-D, Erthal C, Schroth A. Impact en Europe de l'interdiction des châtimets corporels. *Deviance et Societe*. 22 mai 2012;Vol. 36(1):85-106.
31. Taylor CA, Hamvas L, Rice J, Newman DL, DeJong W. Perceived Social Norms, Expectations, and Attitudes toward Corporal Punishment among an Urban Community Sample of Parents. *J Urban Health*. avr 2011;88(2):254-69.
32. Gagné M-H, Tourigny M, Joly J, Pouliot-Lapointe J. Predictors of adult attitudes toward corporal punishment of children. *J Interpers Violence*. oct 2007;22(10):1285-304.
33. Taylor CA, Fleckman JM, Scholer SJ, Branco N. US Pediatricians' Attitudes, Beliefs, and Perceived Injunctive Norms About Spanking. *J Dev Behav Pediatr*. sept 2018;39(7):564-72.
34. Gueguen C, D'Ansembourg T. Pour une enfance heureuse: repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris: Pocket; 2015. (Pocket).
35. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 28 févr 2012;109(9):E563-72.
36. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*. juill 2007;87(3):873-904.
37. Hanson JL, Chung MK, Avants BB, Shirtcliff EA, Gee JC, Davidson RJ, et al. Early Stress Is Associated with Alterations in the Orbitofrontal Cortex: A Tensor-Based Morphometry Investigation of Brain Structure and Behavioral Risk. *J Neurosci*. 2 juin 2010;30(22):7466-72.
38. RAYNAL (F.), RAYNAL (F.), ALLERMOZ (E.). Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. Dossier. *Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir Dossier*. 2015;
39. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans: quel rôle pour le médecin généraliste ? : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017 [cité 22 août 2021]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2017MONT1096>
40. Burkhart K, Knox M, Hunter K. Changing Health Care Professionals' Attitudes Toward Spanking. *Clin Pediatr (Phila)*. oct 2016;55(11):1005-11.
41. Lombard C. Prévenir les Violences Éducatives Ordinaires en médecine générale: représentation et attentes des parents [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03109117>
42. Renzi C. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale: les freins au dépistage, les aides possibles [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.

43. Verrier M. Maltraitance infantile: état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
44. Clément M-È, Gagné M-H, Dufour S, Frappier J-Y. Opinions et positions de médecins à l'endroit de la punition corporelle comme pratique parentale disciplinaire. *Paediatr Child Health*. déc 2019;24(8):502-8.
45. Reconfinement : une nouvelle campagne de sensibilisation du numéro 119 Allô Enfance en Danger pour lutter contre les violences faites aux enfants [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants/reconfinement-campagne-119-allo-enfance-en-danger>
46. Progrès pour les Enfants : un monde digne des enfants, bilan statistique - Numéro 6, décembre 2007 - UNICEF [Internet]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/PFC6_FRANCAIS3.pdf
47. Pays pionniers en matière d'abolition des châtiments corporels, où en sont les pays nordiques aujourd'hui ? | OVEO [Internet]. 2008 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/pays-pionniers-en-matiere-dabolition-des-chatiments-corporels-ou-en-sont-les-pays-nordiques-aujourd'hui/>
48. Mai 2011 : une campagne contre « les violences éducatives ordinaires » | OVEO [Internet]. 2011 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/mai-2011-une-campagne-contre-les-violences-educatives-ordinaires/>
49. Campagne « Il n'y a pas de petites claques »! - Fondation pour l'Enfance 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/11/DOSSIER_PRESSE_CAMPAGNE_2013.pdf
50. l'Enfance F pour. Violenter son enfant, c'est le marquer pour longtemps [Internet]. Fondation pour l'Enfance. 2018 [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-enfance.org/2018/01/16/nouvelle-campagne-violences-educatives-ordinaires/>
51. Les mots qui font mal [Internet]. StopVEO. 2017 [cité 3 juill 2021]. Disponible sur: <http://stopveo.org/index.php/2017/09/12/les-mots-qui-font-mal/>
52. Enquête «Education parentale : et vous, comment faites-vous ?» AFPA [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.mpedia.fr/content/uploads/2021/06/Resultats-Enquete-Parentalite_Mai2021-PourEnvoiCP.pdf
53. VEO - éducation : comment faire autrement ? [Internet]. mpedia.fr. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/veo-violences-educatives-ordinaires-comment-faire-autrement/>
54. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf
55. Première campagne de sensibilisation des violences éducatives pour les professionnels de santé [Internet]. StopVEO. 2019 [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <http://stopveo.org/index.php/2019/04/15/campagne-sensibilisation-veo-pro-de-sante/>

56. Tracts, affiches et brochures pour diffuser l'information sur la violence éducative ordinaire | OVEO [Internet]. 2019 [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://www.oveo.org/tracts-affiches-et-brochures-pour-diffuser-linformation-sur-la-violence-educative-ordinaire/>
57. « Je veux en finir avec la violence. Et vous ? » : plan de lutte contre les violences faites aux enfants [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants>
58. Maurel O. Violence éducative et santé publique. 2016;5.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des VEO

11 juillet 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 1 sur 152

LOIS

LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (1)

NOR : SSAX1832933L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

Après le deuxième alinéa de l'article 371-1 du code civil, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. »

Article 2

Au deuxième alinéa de l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « secourisme », sont insérés les mots : « , à la prévention des violences éducatives ordinaires ».

Article 3

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2019, un rapport présentant un état des lieux des violences éducatives en France et évaluant les besoins et moyens nécessaires au renforcement de la politique de sensibilisation, d'accompagnement et de soutien à la parentalité à destination des parents ainsi que de formation des professionnels concernés.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 10 juillet 2019.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

EDOUARD PHILIPPE

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*

NICOLE BELLOUBET

La ministre des solidarités

et de la santé,

AGNÈS BUZYN

(1) *Travaux préparatoires* : loi n° 2019-721.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1331 ;

Rapport de Mme Maud Petit, au nom de la commission des lois, n° 1414 ;

Discussion et adoption le 29 novembre 2018 (TA n° 199).

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 168 (2018-2019) ;

Rapport de Mme Marie-Pierre de la Gontrie, au nom de la commission des lois, n° 601 (2018-2019) ;

Texte de la commission n° 602 (2018-2019) ;

Discussion et adoption le 2 juillet 2019 (TA n° 123, 2018-2019).

2. Annexe 2 : Guide d'entretien

- 1) Question générale : quand je vous dis « violences éducatives » qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?**
 - *Quelle est votre définition de la violence éducative ordinaire ?*
 - *Facteurs qui favorisent le recours aux VEO dans une famille ?*
 - *Conséquences possibles pour l'enfant ?*

- 2) Pourriez-vous me parler d'une situation où vous avez été confronté à des VEO ? (Si n'a jamais été confronté à une situation : qu'est-ce que vous imaginez comme situation de VEO et comment pensez-vous que vous réagiriez ?)**
 - *Qu'avez-vous ressenti ? Comment avez-vous réagi ?*
 - *Eventuels freins à l'intervention du médecin ?*
 - *En cas de difficultés : pourquoi c'est difficile à aborder ? Quelles sont vos ressources (confrères, spécialistes, services...) en cas de situation difficile ? Vers qui vous adressez ?*

- 3) Quelle est votre pratique, votre expérience globale des VEO ? (Sur le plan personnel et professionnel)**
 - *Expérience personnelle (vécu personnel des VEO en tant qu'enfant) ?*
 - *Fréquence des VEO en cabinet ?*
 - *Est-ce que certains parents demandent des informations à propos des VEO ?*
 - *Signes d'alerte en consultation ?*
 - *Est-ce que vous abordez le sujet de façon systématique / pensez-vous que vous abordez assez le sujet ? Comment réagissent les parents ?*
 - *Pensez-vous que les circonstances sanitaires actuelles et le confinement ont pu avoir un impact sur le risque de violence éducative ? Avez-vous modifié vos pratiques vis-à-vis de ça ? Changement dans l'attitude des parents ?*

- 4) Comment décririez-vous la formation médicale (initiale et continue) à ce sujet ?**
 - *Pensez-vous être suffisamment informé à propos des violences éducatives ?*
 - *Quelles sont vos sources d'information au sujet des VEO ?*
 - *Besoins spécifiques, moyens souhaités pour améliorer la prise en charge ?*

- 5) Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de ces violences éducatives ?**
 - *Suggestions pour améliorer la pratique des médecins généralistes ?*
 - *Quel enjeu pour l'enfant ?*
 - *Comment aborder au mieux le sujet en consultation ?*

- 6) Y a-t-il des choses que je n'ai pas abordées au cours de l'entretien et que vous auriez souhaité ajouter ?**

3. Annexe 3 : Document de consentement éclairé

Je soussigné(e) déclare accepter librement et de façon éclairée, de participer au travail de thèse réalisé par Mme NIMPER Julie sur les violences éducatives ordinaires.

J'accepte de participer à un entretien dans le cadre de cette étude qualitative et j'accepte l'enregistrement de cet entretien ainsi que la retranscription de celui-ci.

A l'exception du responsable de la thèse qui fait passer les entretiens, mon anonymat sera préservé. Les informations seront relevées et traitées dans le plus strict respect du secret médical.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Fait à

Le

Signature :

Le Groupe Enfance en Danger, qu'est ce que c'est ?

Le **Groupe Enfance en Danger**, dit « GED », est un **groupe ressource** pour les professionnels qui se retrouvent face à une situation de suspicion de maltraitance à l'enfant, et plus largement, face à un enfant en danger ou en risque de danger.

Le **Groupe Enfance en Danger** est composé de :

- deux pédiatres (dont un pédiatre référent),
- deux médecins légistes,
- une infirmière de médecine légale,
- deux assistantes de service social,
- cinq puéricultrices (dont une puéricultrice de l'équipe de Liaison Pédiopsychiatrique et une puéricultrice de PMI),
- une cadre de santé,
- une secrétaire.

Le GED organise une **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tous les mardis à 14h30** en salle de staff des Urgences Pédiatriques.

Principaux objectifs du Groupe Enfance en Danger :

- **Avis médical spécifique** : prescription d'explorations complémentaires, avis spécialisés complémentaires, précision du degré d'urgence ;
- **Coordination** de la prise en charge multidisciplinaire dans les services d'hospitalisation ;
- Lien avec les **partenaires institutionnels** extérieurs (Conseil Départemental, Parquet des mineurs...)
- **Aide à la décision** concernant les mesures administratives de prévention et de protection pour l'enfant : réalisation d'une information préoccupante, d'un signalement, application pratique d'une Ordonnance de Placement Provisoire ;
- **Soutien** pour la réalisation pratique des écrits administratifs ;
- **Formation théorique** et sur le terrain des différents professionnels du CHU ; formation des étudiants.

Les lundis du Groupe Enfance en Danger

En complément du groupe de réflexion intra hospitalier, une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et plur-institutionnelle se déroule le 1^{er} lundi de chaque mois (14h-16h30 en salle de staff des Urgences Pédiatriques.)

Objectifs

- **Objectif principal de la réunion** : point sur les situations complexes rencontrées dans le mois précédent la réunion : discussion de la prise en charge, du devenir de l'enfant, de la nécessité d'un complément d'action pour l'enfant et sa famille.
- **Objectif secondaire** : lieu privilégié de formation où chacun peut venir transmettre ses connaissances personnelles dans un domaine plus précis ; échange avec les différents partenaires et institutions extérieures au CHU (Conseil Départemental, Foyer de l'Enfance, Parquet des mineurs, ...).

Participants

- **Personnels du CHU** : membres du Groupe Enfance en Danger, infirmier de médecine légale, médecin légiste, radiopédiatre, neurochirurgien, pédopsychiatre et, selon les situations, médecins spécialistes, assistants de service social et cadres de santé en charge de l'enfant ;
- **Personnels des institutions intervenant pour la prévention et la protection de l'enfance en danger** : médecin de PMI, médecin scolaire, représentant du foyer de l'enfance et représentant du Conseil Départemental, et Vice Procureur au Parquet des mineurs.



Informations pratiques

Demande d'avis au GED

- L'avis du Groupe Enfance en Danger peut être sollicité par **n'importe quel professionnel pour les enfants de 0 à 18 ans**.
- Les demandes d'avis sont régularisées via la secrétaire du GED (04 67 33 22 86).

- L'interlocuteur privilégié et direct du GED est le **pédiatre référent** (Dr Haquet : 06 65 84 98 61).

- Aux heures non ouvrables : contacter les Urgences Pédiatriques (04 67 33 81 74/75).

Modalités

Selon la situation de l'enfant et de sa famille, le **degré d'urgence retenu**, la réponse du GED à la demande d'avis pourra prendre plusieurs formes :

- conseil téléphonique,
 - orientation vers les médecins légistes pour les situations urgentes,
 - déplacement du pédiatre référent dans le service d'hospitalisation,
 - organisation d'une consultation avec l'enfant et sa famille, réalisée en binôme avec le pédiatre et la puéricultrice de l'équipe de liaison Pédiopsychiatrique.
- Dans tous les cas, la situation sera discutée en RCP.**

Participation aux RCP du GED

En dehors des situations urgentes, chaque professionnel du CHU en difficulté face à une situation d'enfant en danger peut venir soumettre son cas clinique à ces réunions pour avis. Il devra au préalable prévenir le GED de sa venue pour optimiser l'organisation de la réunion.

Outil complémentaire

Procédure de prise en charge des enfants en danger au CHU disponible sur intranet (Document Qualidoc).

4. Annexe 4 : Groupe Enfance en Danger

5. Annexe 5 : Campagnes de sensibilisation

Campagne de la Fondation pour l'enfance en partenariat avec la Mairie de Romainville (2009) :



Campagne de la Fondation pour l'enfance en partenariat avec l'AFPA (2021) :



SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction : La violence éducative ordinaire (VEO) est la violence (physique, psychologique ou verbale), communément admise et tolérée, utilisée envers les enfants à titre éducatif. Les médecins généralistes occupent une place prépondérante dans le suivi de l'enfant et pourraient donc avoir un rôle clé dans la prévention et le dépistage des violences éducatives. L'objectif principal de cette étude est d'analyser les représentations et les pratiques des médecins généralistes de l'Hérault concernant les violences éducatives ordinaires.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menée auprès de douze médecins généralistes installés dans l'Hérault.

Résultats : La violence éducative ordinaire est une notion subjective dont les limites sont perçues de façon très variable d'un médecin à un autre. Le vécu personnel, l'incertitude sur la gravité des conséquences et la nocivité à long terme sont des facteurs qui influent sur leurs pratiques en cabinet. Les médecins généralistes ont des difficultés pour aborder le sujet des VEO et prendre en charge ces violences. Ils soulignent l'importance d'une attitude bienveillante et non culpabilisante face à ce sujet délicat afin de préserver le lien de confiance avec les parents. Enfin, ils ont des avis divergents sur le fait que la violence éducative relève ou non de leurs missions.

Conclusion : Il est essentiel que les médecins généralistes soient mieux informés sur les bénéfices d'une parentalité bienveillante et la nocivité des VEO afin de prendre conscience de l'enjeu lié à la prévention et au repérage de la violence éducative. Une évolution sociétale, la création de supports à destination des médecins ou encore l'amélioration des réseaux et de la coordination entre professionnels de santé pourraient faciliter l'action des médecins généralistes.

Mots-clés : enfant, éducation, violence, famille, parentalité, maltraitance infantile, médecine générale