



HAL
open science

Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généraliste du Narbonnais

Yann Vandon

► **To cite this version:**

Yann Vandon. Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généraliste du Narbonnais. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03522551

HAL Id: dumas-03522551

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03522551>

Submitted on 13 Jan 2022

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

Yann Vandon

Le 20 Mai 2021

**Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les
médecins généraliste du Narbonnais**

Directeur de thèse : Docteur Laurent BATTIN

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs : Pr JEZIORSKI Eric, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - Pédiatrie
Dr BATTIN Laurent, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Yann Vandon

Le 20 Mai 2021

**Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les
médecins généraliste de Narbonne**

Directeur de thèse : Docteur Laurent BATTIN

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs : Pr JEZIORSKI Eric, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - Pédiatrie
Dr BATTIN Laurent, Docteur en Médecine Générale

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 Héléne
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	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER 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
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive



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	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	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

PU-PH de 1^{re} classe

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 Amaud

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	Ophthalmologie
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
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
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

PANABIÈRES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline

Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUX 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 Hélène	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 EI 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 Héléne	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	

REMERCIEMENTS

Au Professeur Lambert, merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury, veuillez trouver l'expression de mon respect le plus sincère.

Au Professeur Jeziorski, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et vous remercie pour vos enseignements lors de mon passage dans votre service. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr Battin, je te remercie de m'avoir accompagné dans ce travail de thèse. Merci pour ta bonne humeur permanente, ton aide et tes conseils.

Aux médecins ayant participé à l'étude, merci pour votre temps et votre bienveillance.

Aux médecins rencontrés au cours de ces 9 années d'étude de médecine, merci de m'avoir partagé vos connaissances et votre amour pour ce métier, qui m'ont permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille

A toi, Laura, merci d'être à mes côtés depuis 7 ans maintenant. Merci pour ton soutien, ton aide, tu es ma source d'inspiration, de motivation et de bonheur. Je t'aime.

Merci à mes parents, pour votre amour, votre soutien indéfectible et votre éducation bienveillante qui m'ont permis d'être ici aujourd'hui.

A mes frères, Nathan et Bastien, merci pour tout, pour nos souvenirs, nos moments partagés, des Warhammer aux colères de Boubi, de Lol à Boubovechkin...

A mes grands-parents, merci pour votre présence et vos encouragements.

A mes amis

A toi, Antoine, mon ami d'enfance, même si nos chemins se sont écartés, merci pour ces 27 ans d'amitié profonde et éternelle.

A vous le Country : Axelle, Bine, Got, Arthé, Hugues, Jaja, Terschi et Romain, merci pour ces années remplies de voyages, d'apéros mais aussi de soirées B.U, de sous colles et tant de choses qui me manquent maintenant.

Aux Bi*es du Badminton, merci pour ce premier semestre d'internat qui m'a permis de vous rencontrer et de partager tous ces beaux moments. Big Up à Charles pour l'aide apportée à la relecture de cette thèse.

A tous les autres, de l'externat ou de l'internat, trop nombreux pour être cités mais qui ont fait de mes études de médecine une expérience inoubliable.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	24
INTRODUCTION	25
PARTIE I : LA MALTRAITANCE INFANTILE	26
I- État des lieux de la maltraitance infantile	26
1) Définitions	26
2) Historique et cadre légal	28
3) Épidémiologie de la maltraitance infantile en France	30
II – Dépistage de la maltraitance infantile	32
1) Facteurs de risque de maltraitance	32
2) La consultation de médecine générale	34
III - Prise en charge de la maltraitance en France	37
1) L'information préoccupante	38
2) Le signalement judiciaire	41
3) Lieu d'accueil relevant de l'aide sociale à l'enfance	43
PARTIE II – ETUDE	45
I - Matériels et méthodes	45
1) Matériels	45
2) Méthodes	45
II - Résultats	47
1) Déroulement des entretiens	47
2) Caractéristiques des participants	47
3) Résultats des entretiens	48
III - Discussion	65
1) Matériel et Méthodes	65
2) Résultats	66
VI - Conclusion	77

BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES.....	81
RESUME	86

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale

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

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

HAS : Haute Autorité de Santé

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

CDC : Center for Disease Control

IP : Information Préoccupante

SNATED : Société Nationale d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

TISF : Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

FMC : Formation Médicale Continue

Introduction

La maltraitance infantile est un réel problème de santé publique, sous-estimée en France, car difficile et complexe à dépister en pratique courante de médecine générale.

L'addition de violences physiques, sexuelles et psychologiques ont des conséquences sur la santé physique et mentale à long terme. Une étude épidémiologique réalisée par SVS (Stop aux Violences Sexuelles), une association de professionnels de santé luttant contre les violences sexuelles sur mineurs, a démontré une augmentation de pathologies somatiques (maladies dermatologiques, allergies...) et psychiques (dépression, tentative de suicide...) chez les patients ayant subi des violences sexuelles durant leur enfance.

Afin d'aider les professionnels, la loi du 5 mars 2007 introduit la notion de danger, plus vaste que celle de la maltraitance, qui ouvre la porte à la prévention et à la protection de l'enfance. Elle poursuit 3 objectifs : renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille.

La loi du 5 Novembre 2015 pose le principe d'irresponsabilité pénale, civile et disciplinaire du médecin qui effectue un signalement de maltraitance à enfant.

En France, environ 80% des enfants de plus de deux ans sont suivis par un médecin généraliste de façon régulière et cette part ne fait qu'augmenter d'année en année.

Un des principaux rôles du médecin généraliste est de prévenir, dépister les maladies et les comportements à risque. Il est donc primordial qu'il puisse aussi dépister les enfants en danger. Malgré cela, seulement 2 à 5 % des signalements sont effectués par des médecins toute spécialité confondue. Comment expliquer un taux aussi faible ?

Dans un premier temps nous rappellerons les bases et prérequis de la maltraitance infantile avec définitions, rappel des organismes participant au dépistage et à la maltraitance infantile, ainsi que la sémiologie de la maltraitance infantile.

Dans un second temps nous exposerons notre étude ayant pour principal objectif d'étudier les freins et leviers au dépistage et au signalement d'un enfant en danger par les médecins généralistes.

PARTIE I : La maltraitance infantile

I- État des lieux de la maltraitance infantile

1) Définitions

Selon l'OMS, « la maltraitance à l'encontre d'un enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Selon l'ODAS (Observatoire national de l'Action Sociale), un enfant maltraité est « un enfant qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »

Elle définit également la notion d'enfant à risque comme « un enfant est considéré à risque lorsqu'il connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. Enfin, les cas d'enfants en danger regroupent l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque. »

La maltraitance psychologique

Selon l'OMS, la maltraitance psychologique varie en fonction de l'époque et de la culture, elle répond néanmoins à 6 critères précis : (1)

- Le rejet : il consiste à critiquer, rabaisser ses actes et sentiments au point de le laisser croire qu'on le rejette.
- L'humiliation : le fait d'insulter, ridiculiser l'enfant pour porter atteinte à sa dignité ou sa confiance en lui.
- L'isolement : tenir à l'écart l'enfant de sa famille, de toute relation sociale ou encore l'isoler dans une pièce enfermée.

- Terroriser : menacer l'enfant ou contraindre par intimidation, fixer des objectifs trop élevés et menacer en cas d'échec.
- Corrompre : correspond à entraîner l'enfant à des comportements antisociaux et destructeurs, inciter des attitudes déviantes.
- Exploiter : exploiter l'enfant matériellement ou financièrement. Le forcer à s'occuper de ses parents ou d'un autre enfant.

Le syndrome de Münchhausen par procuration, encore appelée maladie alléguée ou fabriquée, est un exemple de maltraitance psychologique. Il a été décrit pour la première fois en 1977 par R. Meadow et se définit par : (2)

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes ;
- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent concerné. (18)

La négligence

Elle est définie par le CDC (Center for Disease Center) (3) comme l'incapacité à répondre aux besoins de l'enfant qu'ils soient physique, émotionnel ou encore éducatif.

La négligence doit être considérée comme une maltraitance lorsqu'elle a des conséquences sur le développement de l'enfant, que ce soit de manière volontaire ou non.

La maltraitance sexuelle

Selon la HAS, la maltraitance sexuelle sur mineurs se définit par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. (4)

L'OMS distingue d'une part l'exploitation sexuelle qui se définit par « le fait d'abuser ou de tenter d'abuser d'un état de vulnérabilité, d'un rapport de force inégal ou de rapports de confiance à des fins sexuelles, notamment mais pas exclusivement en vue d'en tirer un avantage pécuniaire, social ou politique », d'autre part l'abus sexuel : « toute atteinte sexuelle commise avec force, contrainte ou à la faveur d'un rapport inégal, la menace d'une telle atteinte constituant aussi un abus sexuel ».

La prévalence de la violence sexuelle sur mineure est difficilement quantifiable. La France manque cruellement d'études épidémiologiques permettant de prendre conscience du fléau de la maltraitance sexuelle.

2) Historique et cadre légal

La place de l'enfant au sein de sa famille mais aussi de la société a évolué au cours des siècles.

Empire Romain

Selon le droit romain, le père de famille possédait un pouvoir absolu (Patria Potestas). Il avait théoriquement droit de vie et de mort sur ses enfants. (5)

Sous l'Ancien Régime

Le père de famille est toujours tout puissant. Il a non seulement un droit de correction mais encore le droit de faire interner ses enfants.

En 1789, est institué un Tribunal de la Famille. L'enfant devient non plus un OBJET mais un SUJET. (5)

XIXe siècle

La loi du 22 mars 1841 réglemente le travail des enfants en l'interdisant aux moins de 8 ans et en le limitant à 12 heures par jour.

En 1860, le médecin légiste français Ambroise Tardieu fait la description clinique des enfants maltraités et publie une « étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants ».

La première loi contre la maltraitance infantile est promulguée en 1889. Le législateur peut dorénavant protéger l'enfant contre ses parents, en prononçant la déchéance de la puissance paternelle.

XXème siècle

La loi du 22 Juillet 1912 fait apparaître le terme de « Droit de l'enfant ». Cette loi instaure le Tribunal pour Enfant. Il est créé une juridiction spécifique pour juger les enfants délinquants et

l'institution d'une législation pénale spécifique aux enfants permettant des mesures répressives spécifiques mais surtout de pouvoir proposer des mesures d'éducation et d'accompagnement. L'Ordonnance du 2 février 1945, relative à l'Enfance Délinquante, crée un corps de magistrats spécialisés (Juge des Enfants), institue l'enquête sociale et la notion de placement. Les enfants ne sont justiciables que par le Juge des Enfants qui prononce des mesures de protection, d'assistance, de surveillance ou d'éducation. (6) (7)

En novembre 1945, le Statut de la Protection Maternelle et Infantile P.M.I. est promulguée.

Elle est placée sous la tutelle du Conseil Général et ses activités recouvrent trois thèmes :

- la planification et l'éducation familiale.

Les mineurs et les personnes assurées et non assurées peuvent consulter gratuitement dans les centres de planification et d'éducation familiale qui relèvent de la PMI.

- Le suivi médical préventif des femmes enceintes et des enfants.

Sages-femmes, infirmières-puéricultrices et médecins de PMI interviennent soit en consultation, soit en visite à domicile. Les équipes de PMI interviennent aussi à l'école maternelle pour y réaliser des bilans de santé à 4 ans.

- L'agrément et le suivi des modes d'accueil du jeune enfant.

Il peut s'agir d'établissements d'accueil collectif ou familial (crèches, halte-garderie, multi-accueils...) ou de l'accueil par des assistantes maternelles employées par des parents dont l'agrément, le suivi et la formation relèvent des services départementaux de PMI. (8)

En 1953, le professeur Silverman fait une première hypothèse de traumatologie sur les lésions multiples ayant pour origine une maltraitance intentionnelle. Il faudra attendre 1962 pour isoler le « Syndrome de Silverman » dit « de l'enfant battu » après les travaux du Dr Kempe et du Dr Silverman.

Arrêté du 4 Juillet 1972 : Création de l'Aide Sociale à l'Enfance, service public qui a un rôle de protection, de soutien et de prévention ; mais aussi le suivi des familles qui ont des difficultés matérielles ou éducatives.

La loi du 6 janvier 1986 a transféré aux Conseils Généraux les compétences de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le 10 juillet 1989, la loi relative à la protection des mineurs et à la prévention des mauvais traitements est votée. Cette loi a eu pour effet de redéfinir et de soutenir le travail des professionnels de l'Enfance.

Le 20 Novembre 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de l'OMS est ratifiée par la France et 193 autres Etats. Les 54 articles consacrent l'ensemble des droits civils et politiques des enfants ainsi que tous leurs droits sociaux, économiques et culturels.

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, avait 3 objectifs :

- renforcer la prévention,
- améliorer le dispositif d'alerte et de signalement,
- diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille.

Elle a introduit la notion d'information préoccupante, à distinguer du signalement, et a permis la création de la CRIP (Cellule départementale de Recueil de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes) permettant de centraliser toutes les données concernant les enfants en danger.

3) Épidémiologie de la maltraitance infantile en France

Il existe plusieurs sources de données produites par les organismes de statistiques publiques qui relèvent de deux types : les enquêtes de victimation qui interrogent les populations sur les violences physiques ou psychologiques qu'elles ont subies au cours de l'enfance et les données de bases administratives exploitées dans une finalité statistique tels que les bases d'enregistrement des procédures de la police et la gendarmerie. Elles présentent toutefois des limites puisque seules les victimes ayant porté plainte sont recensées. (9)

Les chiffres disponibles en termes de maltraitance infantile proviennent de l'ODAS (Observatoire de l'action sociale décentralisée) et de l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance).

En 2006, l'ODAS recense 98 000 enfants de moins de 21 ans en danger, dont 19 000 enfants maltraités, soit des taux, pour les enfants en danger, de 0,3 à 1,2% selon les départements. (10)

Ce chiffre est en constante augmentation depuis plusieurs années. En 1998, l'ODAS recensait 83000 signalements d'enfants en danger, soit une augmentation de 18% entre 1998 et 2006.

En 2018, le ministère de la Justice dénombre 126 145 mineurs en danger dont le Juge des Enfants a été saisi et 247 374 mineurs suivis par le juge des enfants (hors mesure d'aide judiciaire). (11)

En 2019, dans son rapport annuel des statistiques de la protection de l'enfance, l'ONPE recense le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance à 312 500 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 2,2% des mineurs. (12)

Des séries statistiques anglo-saxonnes ont montré une discordance entre la survenue de mauvais traitements et leur signalement aux autorités compétentes. Par exemple, 1,5 à 5% de tous les enfants sont signalés aux agences de protection de l'enfance chaque année pour tous les types de maltraitance d'enfants au Royaume-Uni. En revanche, des enquêtes auprès d'enfants, d'adolescents ou de parents réalisés dans des pays à hauts revenus (États Unis, Canada, Royaume Unis) montrent que la fréquence annuelle des mauvais traitements est beaucoup plus élevée que celle signalée aux agences de protection de l'enfance (violence physique 4 à 16% ; violence psychologique 10% ; négligence 1 à 15% ; exposition à la violence entre partenaires intimes 10 à 20%). Ces données suggèrent que la plupart des mauvais traitements infligés aux enfants ne sont pas signalés.

II – Dépistage de la maltraitance infantile

1) Facteurs de risque de maltraitance

a) Facteurs liés à l'enfant

L'âge

En France, selon la HAS, le taux d'homicide le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 1 an. (13)

Une enquête réalisée par l'INSERM en 2011 sur les infanticides montrait que plus de la moitié des victimes de mort violentes avaient moins de 4 mois. (14)

Aux Etats Unis, la tranche d'âge de 0-3 ans est celle où les taux de maltraitance infantile et de négligence sont les plus hauts. (15)

Le sexe

Au niveau des données de mortalité, le sexe masculin est majoritaire. Dans l'enquête de l'INSERM sur les infanticides, 77% des bébés secoués étaient des garçons. (14)

Concernant les violences sexuelles, ce sont les filles qui en sont majoritairement victimes.

La prématurité

Une étude rétrospective menée en Angleterre a montré que les enfants nés prématurés ou avec un petit poids de naissance étaient significativement plus à risque de n'importe quelle forme de maltraitance infantile et ce indépendamment de l'âge et du niveau socio-économique de la mère. (16)

Handicap mental ou trouble du comportement

Chez le nourrisson et le jeune enfant, les divers handicaps peuvent être liés à la prématurité.

Une étude rétrospective anglaise a néanmoins mis en évidence que les enfants souffrant d'un handicap ou de trouble du comportement étaient plus à risque de maltraitance, indépendamment de l'âge gestationnel ou des caractéristiques socio-économique familiales.

b) Facteurs liés aux parents

Certains facteurs sont connus de longue date chez les parents maltraitants : carences affectives, immaturité, dépression, intolérance, addictions sont à risque d'entraîner une maltraitance.

Les situations pouvant empêcher l'établissement d'un lien affectif avec l'enfant : dépression du post-partum, séparation néo-natale, grossesse non désirée.

Les antécédents personnels de violence subie dans l'enfance des parents. Dans l'étude de l'INSERM sur les infanticides, parmi les parents dont l'expertise psychiatrique avait révélé une pauvreté des affects, une immaturité, une impulsivité et/ou une intolérance à la frustration, la moitié des auteurs de syndrome du bébé secoué ou d'homicides, ayant ce type de personnalité, avaient des antécédents de mauvais traitements dans leur enfance. (14)

Le très jeune âge de la mère. Ce facteur, très incriminé dans la littérature nord-américaine, aurait peu d'impact en France. Dans l'étude de l'INSERM, seules deux mères avaient moins de 18 ans. On note également que l'isolement social et surtout moral de la mère semble jouer un rôle primordial.

c) Environnement socio-économique

Le niveau socio-économique des parents est très souvent mis au premier plan dans la littérature internationale avec des niveaux de preuve variables. En France, plusieurs études tendent à montrer que les parents auteurs de maltraitance sont représentatifs de la population générale et qu'il n'y a donc pas de facteur de risque selon le niveau socio-économique de la famille.

2) La consultation de médecine générale

a) Anamnèse

L'anamnèse au cours d'une consultation est primordiale pour dépister une maltraitance infantile. De façon générale, les éléments de l'anamnèse qui font suspecter une maltraitance infantile sont les suivants (17):

- des éléments suggérant une surveillance inadaptée,
- l'absence d'explication pour une blessure,
- une explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant,
- une explication qui n'est pas compatible avec la blessure,
- une explication qui change au fil des consultations.

Le praticien se doit d'être attentif à certains comportements inhabituels comme un changement marqué du comportement de l'enfant ou de son état émotionnel, des réponses émotionnelles inadaptées ou extrêmes. De plus, l'expression par l'enfant de plaintes somatiques isolées mais répétées (céphalée, douleur abdominale, insomnie...) et non expliquées par une pathologie organique doit alerter. (18)

Le comportement inadapté des parents envers leur enfant peut révéler une négligence. Elle peut consister en un parent qui :

- donne une alimentation ou une hydratation irrégulière ou inadaptée (cause de dénutrition et de déshydratation, avec toutes les conséquences sur la croissance que cela peut avoir),
 - tarde à consulter devant un symptôme de l'enfant,
 - qui n'observe pas de surveillance dans des situations à risque compte tenu de l'âge de l'enfant.
- Ainsi la répétition d'intoxications ou encore d'accidents domestiques (brûlure sur plaque chauffante etc.) devra attirer l'attention,
- la négligence peut enfin se situer d'avantage au niveau psychologique, repérable par des troubles des interactions parents-enfant. (19)

b) Examen clinique

Ecchymoses

Les ecchymoses représentent la manifestation de maltraitance la plus commune (13). Mais les ecchymoses sont fréquentes pendant l'enfance et découlent souvent de blessures accidentelles mineures.

En 2004, une revue systématique de la littérature a eu pour but d'évaluer si l'âge des ecchymoses ou la localisation pouvait orienter vers une maltraitance. Les résultats ont montré qu'il n'était pas possible de déterminer l'âge des ecchymoses à l'œil nu. Cependant, la localisation des ecchymoses accidentelles survenait sur la partie antérieure du corps et sur les proéminences osseuses. Chez les enfants maltraités, les localisations les plus fréquentes étaient les oreilles, le cou, le visage, la tête, le tronc, les bras et les fesses. (20)

Selon les critères du NICE (National Institute for Health and Care Excellence), il faut suspecter une maltraitance si :

- l'enfant ou l'adolescent a des ecchymoses ayant une forme de main, de ligature, de bâton, de marque de dents, d'agrippement ou d'objets,
- on constate des ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas seul,
- il présente des ecchymoses multiples ou en grappes,
- il présente des ecchymoses de forme et de taille similaires,
- il présente des ecchymoses ailleurs que la prédominance osseuse ou sur le visage (par exemple les yeux, les oreilles, joues, mandibules, les fesses, le long du dos ou sur la face postérieure des jambes).
- il présente des ecchymoses au niveau du cou.
- il présente des ecchymoses au niveau des chevilles et des poignets ressemblant à des ligatures.

(18)

Brûlures

Selon les critères du NICE, la suspicion de maltraitance par brûlure est faite si :

- il n'y a pas d'explication à la blessure ou l'explication est incompatible avec la brûlure,
- l'enfant ne se déplace pas seul,
- la brûlure est située sur une zone cutanée que l'on ne s'attendrait pas entrer en contact avec un objet chaud de manière accidentelle (ex : le dos des mains, la plante des pieds, les fesses, le dos),
- a la forme d'un objet (ex : cigarette, fer à repasser),
- elle indique une immersion forcée par exemple :
 - o brûlure des fesses, du périnée et des membres inférieurs,
 - o brûlure des membres en forme de gants ou de chaussette,
 - o brûlure des membres symétrique,
 - o brûlure avec des bords bien délimités.

Fractures

Le risque de fracture accidentelle augmente avec l'âge (apprentissage de la marche, augmentation des activités physiques).

Une revue systématique de la littérature en 2008 (21) s'est penchée sur le type de fracture pouvant orienter vers une maltraitance. Des fractures résultant d'une maltraitance infantile ont été rapportées au niveau du squelette dans toutes les localisations, plus souvent chez des nourrissons ou des enfants qui commençaient à marcher (< 18 mois). Les fractures multiples étaient plus fréquentes en cas de maltraitance.

Les auteurs ont constaté que les lésions suivantes étaient plus à risque :

Type de fracture	Probabilité de maltraitance (%)
Côtes	71
Humérus	54
Fémur / Crâne	30

Le NICE recommande de suspecter une maltraitance infantile si un enfant présente une ou plusieurs fractures en l'absence de condition médicale le prédisposant à une fragilité osseuse (ostéogénèse imparfaite, ostéopénie) et si l'explication donnée est absente ou incompatible avec la fracture. L'enfant peut se présenter avec :

- des fractures d'âges différents

- des fractures occultes sur les radiographies (fractures identifiées sur les radiographies qui ne sont pas apparentes cliniquement telles les fractures de côtes chez le nourrisson) (18)

Organes génitaux

Sur le plan clinique, il faut être attentif aux saignements et pertes génitales, les irritations ou prurit génitaux, les troubles mictionnels et les infections urinaires récurrentes chez la jeune fille pré pubère, qui peuvent être révélateurs d'une maltraitance sexuelle.

III - Prise en charge de la maltraitance en France

Devant une situation de maltraitance infantile, d'enfant en danger ou en risque de l'être, il est obligatoire d'informer les autorités compétentes afin de venir en aide à l'enfant concerné. En France, il existe 2 voies pour alerter de violences infantiles :

- la voie administrative face à une situation de suspicion de mineur en danger ou en risque de l'être, par une information préoccupante via la CRIP ;
- la voie judiciaire dans le cas d'un mineur maltraité par la réalisation d'un signalement au Procureur de la République.

Tout citoyen à l'obligation d'avertir les autorités devant une situation de maltraitance. L'omission expose à des sanctions pénales. L'article 434-1 du Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende la non-dénonciation de crime qu'il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets. (22)

Dans la loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance, l'article 226-14 autorise une « levée » du secret professionnel et permet ainsi une meilleure protection des professionnels de santé partageant des informations concernant une situation d'enfant en danger.

1) L'information préoccupante

a) Définition

L'information préoccupante (IP) est une information transmise à la cellule départementale (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur en danger ou en risque de l'être.

Le but de cette information préoccupante étant d'évaluer la situation d'un mineur par les autorités administratives du département (Conseil départemental, PMI...) (23)

b) Emetteur d'une IP

Il peut s'agir de n'importe quel citoyen qui a connaissance d'une situation susceptible de mettre en danger un mineur. Il est important de noter qu'une information préoccupante peut être réalisée de façon anonyme. (23)

c) La réalisation de l'IP

L'accord de la famille doit systématiquement être recherché lors de la réalisation d'une IP sauf intérêt contraire de l'enfant.

L'écrit doit contenir toutes les informations permettant d'identifier l'enfant (nom et prénom, adresse, nom de ses parents) et relate les éléments permettant de penser que l'enfant est maltraité ou en danger (propos de l'enfant, comportement de l'enfant, comportement des adultes vis à vis de l'enfant...) en se limitant aux faits et ne portant aucun jugement. (24)

Ce courrier doit être communiqué par télécopie, courrier électronique ou voie postale à la CRIP.

d) Le recueil des IP par la CRIP

La CRIP constitue une interface, en premier lieu avec les services propres au département (Protection Maternelle et Infantile, action sociale et Aide Sociale à l'Enfance), mais également avec les autorités judiciaires.

Elle collabore avec différents intervenants comme l'Éducation Nationale, les services sociaux, les professionnels de santé hospitaliers et libéraux ainsi que les services de police et de gendarmerie.

Elle est également en lien avec le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) qui a pour rôle de répondre 7j/7 et 24h/24 aux appels reçus au numéro 119 concernant les mineurs en danger ou susceptibles de l'être. (25)

La CRIP a pour vocation première de centraliser le recueil des informations préoccupantes afin d'éviter la perte de ces informations.

e) Le traitement des informations préoccupantes

L'évaluation de l'IP est réalisée par des équipes pluridisciplinaires composées de personnels de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et du service social du département concerné.

Cette évaluation a pour but d'apprécier, par une équipe formée régulièrement, le danger ou les risques encourus par l'enfant, les conditions d'éducation, le développement et le bien-être ainsi que les signes de souffrance éventuels. (25)

L'évaluation est réalisée dans un délai de trois mois à compter de la réception de l'information préoccupante.

Un rapport d'évaluation est réalisé à l'issue de « l'enquête administrative » et permet de confirmer ou d'infirmer un risque de danger pour l'enfant en question. Le rapport est transmis au président du Conseil Départemental qui décidera des suites à donner à l'évaluation.

Le Département peut alors, grâce aux informations recueillies lors de l'enquête administrative:

- classer l'information préoccupante sans suite,
- proposer un accompagnement de la famille (ex : un suivi régulier par la PMI),
- mettre en place une prestation d'aide administrative, avec l'accord de la famille,
- réaliser un signalement auprès du Procureur de la république si le mineur est en danger et que l'un de ces éléments est constaté :
 - o La prestation d'aide administrative n'a pas produit les effets attendus
 - o La famille refuse toute intervention
 - o L'évaluation est impossible.

f) Les aides administratives socio-éducatives

- Aides financières et accompagnement social et familial

L'accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) s'inscrit dans l'éventail des aides proposées aux familles au titre de l'aide sociale à l'enfance, décidées par le président du Conseil Général. Cette nouvelle disposition a été introduite par la loi du 5 Mars 2007.

L'AESF peut comporter :

- l'action d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) au domicile, qui accompagne les parents dans l'hygiène, l'alimentation, l'éducation, la scolarisation, etc. ou d'une aide-ménagère ;
- l'intervention d'un service d'action éducative ;
- le versement d'aides financières, effectué soit sous forme de secours exceptionnels, soit d'allocations mensuelles. (26)

- Action Educative au Domicile (AED)

Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille. Elle a pour but d'accompagner les familles, d'élaborer les liens entre parents et enfants et de favoriser l'insertion sociale des enfants. Les parents restent garants de l'autorité parentale mais l'AED peut conduire à assurer une prise en charge partielle ou totale des mineurs pendant une période définie et cela en accord avec les parents.

L'AED est exercée par des éducateurs spécialisés ou des psychologues du service de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). (27)

2) Le signalement judiciaire

Il est le seul moyen pour mettre en place une protection judiciaire immédiate d'un enfant en danger. (13)

Le signalement doit être réalisé de façon manuscrite et envoyé au Procureur de la République par courrier électronique ou postal, daté et signé par l'émetteur (Cf Annexe 2 : modèle type de signalement judiciaire). En cas d'urgence, il est également nécessaire de doubler le signalement manuscrit par un appel téléphonique au Procureur ou son substitut (disponible 24h/24).

Toutefois, le signalant doit en parallèle adresser une copie du signalement au CRIP en précisant que le signalement a bien été effectué auprès du Procureur de la République.

Le Procureur pourra alors demander une enquête pénale via les services de police/gendarmerie s'il y a lieu ou prendre des mesures d'assistance éducative nécessaires pour faire cesser le danger (ordonnance de placement provisoire, saisine du juge des mineurs). (23)

Selon le cas signalé, le Procureur de la République peut :

- procéder à un classement du signalement s'il estime les critères légaux insuffisamment caractérisés,
- renvoyer au président du conseil départemental afin que celui-ci envisage une intervention administrative,
- solliciter l'émetteur afin d'avoir des renseignements complémentaires ou une actualisation de la situation,
- décider d'une mesure de protection en urgence,
- saisir le juge des mineurs afin d'ouvrir un dossier en assistance éducative. (23)

Le juge des mineurs peut alors mettre en place plusieurs interventions au domicile comme :

- La mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

Le juge des mineurs ordonne cette mesure judiciaire si la mise en œuvre de l'AESF (Accompagnement en Economie Sociale et Familiale) n'est pas utilisée par la famille pour les besoins de l'enfant. C'est une tutelle nécessaire lorsque l'AESF semble insuffisant ou s'il est refusé par les parents. Les parents ne disposent plus librement des prestations familiales, celles-ci étant

perçues par le délégué aux prestations familiales. Cette mesure dure 2 ans et peut être renouvelable. (26)

- L'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)

L'AEMO est une mesure d'assistance éducative prononcée par le juge des enfants lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne sont plus en mesure de protéger ou d'éduquer leur enfant. (26) C'est une aide éducative qui vise les mêmes objectifs que l'AED mais ordonnée par le Juge des Mineurs, elle est donc contraignante à l'égard des familles. (27) Elle n'a pas pour but de retirer l'autorité parentale mais de permettre de surmonter les difficultés et leur donner la possibilité de développer leur capacité d'éducation. Les mesures d'AEMO et d'AED suivent environ 110 000 enfants par an et sont financées par l'ASE. (28)

- La mesure de placement judiciaire

La mesure de placement judiciaire retire le mineur de son milieu familial. Le Juge peut décider de confier l'enfant à l'autre parent ou à un autre membre de la famille/tiers digne de confiance ou à l'ASE qui détermine les modalités de son placement.

En cas d'urgence, le Procureur de la République peut ordonner un placement provisoire. Il doit alors saisir le Juge des Mineurs dans les 8 jours suivant le placement provisoire et le juge doit alors tenir une audience dans les 15 jours suivant la saisine. (29)

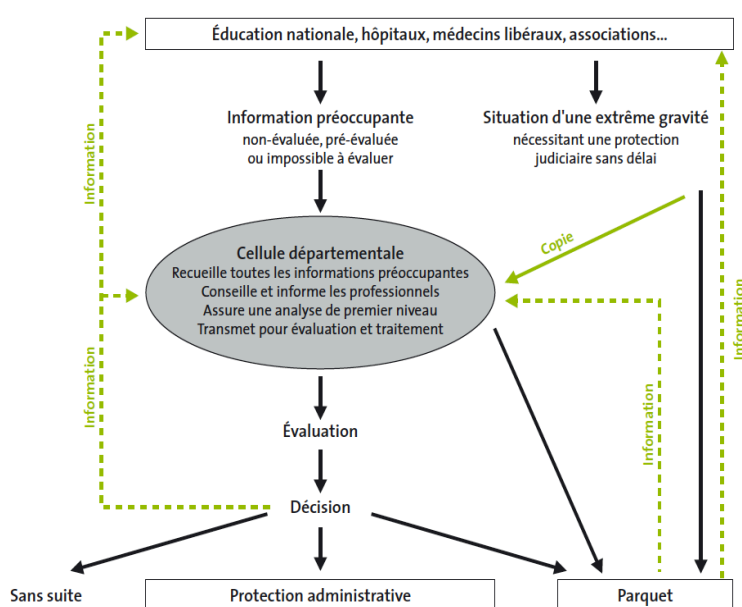


Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger (25)

3) Lieu d'accueil relevant de l'aide sociale à l'enfance

a) Maison d'Enfants à Caractère Sociale (MECS)

Elles accueillent, pour des séjours de durées variables, les enfants confiés par le service départemental de l'ASE ou par le Juge des Enfants dans le cadre d'une protection administrative ou judiciaire.

Elles peuvent accueillir sur de longues durées ou bien assurer un accueil d'urgence des mineurs. Il en existe 1113 en France et accueillent chaque année environ 39500 enfants. (28)

b) Les foyers de l'enfance

Les foyers départementaux de l'enfance accueillent, à tout moment, les mineurs en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Ils ont pour mission d'observer et d'évaluer les enfants durant leur séjour, afin d'amorcer un travail éducatif avec les enfants et les parents. Comme pour les MECS, les enfants sont confiés par le Conseil départemental ou le Juge des Enfants. Ils sont gérés par le département.

Il en existe 211 en France et ils accueillent tous les ans environ 9000 mineurs. (28)

c) Les pouponnières à caractère social

Elles accueillent les enfants de moins de 3 ans qui ne peuvent rester au sein de leur famille, confiés pour une protection administrative ou judiciaire.

Elles sont gérées par le département et sont souvent rattachées à un foyer de l'enfance. Il en existe 30 et elles accueillent environ 650 enfants. (28)

d) Les villages d'enfants

Ils accueillent des fratries d'orphelins ou dont la situation nécessitent un placement de longue durée. Ils se composent de quelques maisons regroupant chacune une ou deux fratries autour d'un éducateur familial.

Il en existe 21 en France et ils accueillent chaque année environ 1000 enfants. (28)

e) Les lieux de vie et d'accueil

Ce sont des structures qui accueillent des enfants et jeunes majeurs bénéficiaires d'une protection administrative ou judiciaire, présentant des troubles psychiques, handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation. Ils offrent une prise en charge de type familiale avec une mission d'éducation, de protection et de surveillance à l'égard des jeunes qui leurs sont confiés.

Il en existe 384 et ils accueillent environ 2000 mineurs chaque année.

PARTIE II – Etude

I - Matériels et méthodes

1) Matériels

Cette thèse a été élaborée sur un ordinateur portable. Un smartphone a été utilisé pour enregistrer les entretiens avec les médecins interrogés. Les Verbatim ont été retranscrits manuellement via le logiciel Word. La recherche bibliographique s'est faite sur les sites du CISMeF, Pubmed, de la B.I.U de Montpellier et sur Internet. Le logiciel Zotero a été nécessaire afin de créer la bibliographie.

2) Méthodes

a) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive grâce à des entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode a été choisie car elle permet d'étudier les représentations et les comportements des personnes interrogées, mais également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins.

b) Guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien semi directif. Tout d'abord, l'entretien comporte quelques questions concernant la pratique, les formations et les caractéristiques des médecins interrogés. Ensuite, nous demandons au médecin de nous raconter sa dernière expérience concernant un cas ou une suspicion de maltraitance infantile.

Enfin, nous l'interrogeons sur ses difficultés, craintes mais aussi les outils ou leviers facilitateurs à sa disposition dans ces situations.

Pendant l'entretien, nous avons effectué des relances ou des précisions lorsque la question était mal comprise ou contournée, néanmoins nous avons essayé pendant chaque entretien de suivre le guide de la façon la plus standardisée possible.

Cf. Guide d'entretien en Annexe 1.

c) Population étudiée

Le recrutement a été réalisé auprès de médecins généralistes exerçant dans l'Aude. Les médecins devaient avoir une activité libérale en cabinet de médecine générale. Les médecins remplaçants et les praticiens hospitaliers étaient exclus.

Nous avons réalisé le recrutement en contactant un par un les médecins généralistes par e-mail ou par téléphone.

Le recrutement s'est arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue et qu'aucune réelle nouvelle donnée ne ressortait des entretiens.

d) Recueil des données

Les entretiens se sont tous passés sur le lieu de travail des médecins interrogés. Un rendez-vous était fixé avec eux directement ou via leur secrétariat. La durée estimée donnée était de 20 à 30 minutes. Nous leur précisions que l'entretien se ferait sous enregistrement audio uniquement et que les données seraient anonymisées. Aucun médecin ne s'est opposé à cela.

L'entretien était mené de façon semi dirigée. Nous essayions d'intervenir le moins possible, en restant toujours neutre (aucun avis n'était émis de notre part) afin d'avoir des entretiens le plus standardisés possible.

II - Résultats

1) Déroulement des entretiens

Lors de l'inclusion des médecins généralistes, un seul a refusé de répondre par manque de temps. Tous les rendez-vous pris ont pu être honorés par les médecins généralistes interrogés.

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, tout en respectant scrupuleusement tous les gestes barrières, malgré la crise sanitaire.

Aucun entretien n'a été écourté pour quelque raison que ce soit.

Seul l'entretien avec A8 a été rapide car l'entretien s'est déroulé sur son planning de consultation et le médecin interrogé était en retard.

2) Caractéristiques des participants

Parmi les 11 médecins interrogés, il y avait 8 femmes et 3 hommes.

La moyenne d'âge des médecins était de 45 ans.

Concernant le lieu d'exercice, 6 médecins exerçaient en milieu semi-rural (commune < 5000 habitants) et 5 en milieu urbain.

Aucun médecin n'exerçait de façon isolée, ils étaient tous regroupés en cabinet de groupe ou au sein d'une MSP.

Parmi tous les médecins interrogés, un seul avait une activité en dehors de son cabinet. Il s'agissait de A1 qui était médecin de crèche. Il y avait 7 MSU parmi les 11 médecins interrogés.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans ce tableau.

Médecin interviewé	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Date début d'activité	% de pédiatrie
A1	55	F	Urbain	En groupe	2001	25%
A2	35	F	Urbain	En groupe	2015	15%
A3	32	F	Semi rural	En groupe	2019	20%
A4	37	F	Semi rural	MSP	2012	30%
A5	35	F	Semi rural	MSP	2013	X
A6	33	H	Semi rural	MSP	2018	5%
A7	52	H	Semi rural	En groupe	1999	5-10%
A8	47	H	Semi rural	MSP	2003	5%
A9	60	F	Urbain	En groupe	1988	30%
A10	63	F	Urbain	En groupe	1987	10%
A11	47	F	Urbain	En groupe	2001	10%

3) Résultats des entretiens

a) Formation sur le sujet

La majorité des personnes interrogées n'ont jamais eu de formation concernant la maltraitance infantile, du moins de mémoire.

A2 « Non, ni l'un ni l'autre. J'ai fait mon internat à Montpellier. »

A4 « En DPC non jamais. »

A6 « Rien vraiment ciblé ou formateur sur la maltraitance infantile. »

A7 « Non pas de formation spécifique... »

Un seul médecin se souvenait de formation sous forme de FMC

A10 « Oui sur Carcassonne il y a bien longtemps, sur ma première période d'installation de médecine générale, sur la maltraitance enfant et adulte pour les signalements au Procureur etc. »

b) Définition

Un concept vaste et complexe

Plusieurs médecins ont exprimé la difficulté de donner une définition précise

A1 « Le terme de maltraitance infantile il est tellement vague que tu vas avoir des tas de réponses. »

A4 « Donc te définir la maltraitance... c'est compliqué... »

A5 « C'est une très bonne question ça c'est très vaste (...) »

Une définition large

La plupart des médecins interrogés ont donné une définition englobant plusieurs notions comme la maltraitance physique, psychologique, la négligence et les abus sexuels

A3 « Ben ça reprend toute violence faite sur l'enfant euh... violence physique, violence morale, violence sexuelle... et... et après il y a aussi tout ce qui ne va être pas forcément violence mais négligence. Donc un enfant qui n'est pas lavé, ce genre de chose... »

A5 « Au premier abord ça va être la violence physique mais ce n'est que le sommet de l'iceberg. Il y a tout ce qui est maltraitance morale, psychologique. Il y a la négligence... »

A6 « C'est tous les sévices faits sur un enfant, la maltraitance physique, psychologique mais aussi la négligence : quand on voit des carences au niveau du suivi de santé, de la vaccination. »

A7 « Ben déjà c'est mise en danger d'une personne vulnérable, qui ne peut pas se défendre... sur le plan physique ou moral... parce qu'il y a plusieurs types de maltraitance. »

A8 « Maltraitance physique et psychologique. Toutes les façons dont les adultes traitent les enfants et qui pourrait leur porter préjudice. Donc c'est autant les rapports physiques que psychologiques. »

A9 « Ca peut être maltraitance verbale, alimentaire... de ce genre... abus sexuel... ça serait ça pour moi. Par rapport à la convenance, de ce qui faut pour s'occuper d'un enfant convenablement. »

La négligence

Concernant la négligence, la limite entre maltraitance et éducation maladroite était difficile.

A2 « Il y a la négligence.. Mais c'est dur de mettre des limites à tout ça... »

« (...) difficile de dire que c'est parce que les enfants sont sales que les parents sont négligeants. »

A4 « En cas de carence éducative, à quel moment c'est « juste » de la carence et à quel moment c'est de la maltraitance ? »

A5 « Ou faut-il que je mette le curseur ? Surtout sur la négligence... Quand le suivi n'est pas fait, que les vaccins ne sont pas faits... »

La notion d'obésité

Deux médecins ont soulevé la question de la suralimentation comme de la maltraitance

A1 « Je me suis posé la question (...) chez des petits souffrant d'obésité très sévère (...) si la maltraitance pouvait être aussi une carence de soin, c'est à dire ne pas donner une alimentation adaptée. Comme une sorte de négligence, quand on ne suit pas ce que dit le professionnel de santé. Pour moi c'est de la maltraitance. »

A4 « Est-ce que des fois l'obésité de l'enfant... des fois morbide... Est-ce que ce n'est pas de la maltraitance... surtout quand on voit que la cause de cette obésité elle n'est que parentale. »

c) Motif de consultation

Deux cas de figures ont été principalement rapportés par les médecins concernant les motifs de consultation.

Le premier, un parent amène l'enfant avec allégation de maltraitance de la part d'une autre personne de la famille

A2 « J'ai eu un cas d'une petite fille de 4 ans. Une suspicion de maltraitance par le papa mais... d'attouchement sexuel. Là c'était un contexte de divorce et c'est la mère qui est vraiment venue me raconter ça... c'est pas moi qui ai constaté quoi que ce soit.»

A5 « La mère me l'amenait pour que je fasse un certificat pour qu'elle puisse porter plainte. »

A6 « Ils étaient venus pour un certificat médical de constatation de lésions, pour reconnaître avant de le rendre à son père. »

A10 « C'est la grand-mère qui est venu en pleurs me dire ce qu'il s'était passé. »

L'autre cas de figure est le motif quelconque de consultation, la maltraitance est donc suspectée au cours de la consultation.

A3 « C'est une petite qui arrive avec sa mère euh... une petite adolescente de 11 ans pour trauma du poignet, donc la mère me dit qu'on l'a appelé à l'école parce qu'elle s'était fait mal. »

A9 « C'était un problème infectieux... »

A9 « Une fois il est venu parce qu'il toussait je l'avais examiné et... putain il était zébré dans le dos. »

d) Signes d'alerte au cours de la consultation

Au cours de l'entretien

- Le comportement de l'enfant

Le comportement de l'enfant était un des points d'alerte les plus importants. En effet, les médecins étaient très attentifs aux changements de comportement de l'enfant, ou à un comportement inadapté au cours de la consultation ainsi qu'aux signes de mal-être ou d'anxiété.

A9 « Le gamin il était relativement calme... Ce qui m'avait un peu alerté. »

« C'est surtout le comportement de l'enfant... Je suis surprise... un enfant qui va toucher un peu a tout, à la limite il est plus sain qu'un enfant qui va rester là, qui ne va pas bouger et qui est un peu au garde à vous. »

A10 « (...) après les troubles du comportement de l'enfant. Il y a des enfants qui ne parlent pas, qui sont terrorisés en consultation quand ils sont avec leurs parents. Et puis il y a les troubles du comportement comme l'agitation, les motifs d'insomnie enfin tout ce qui peut nous mettre la puce à l'oreille concernant un enfant qui n'est pas bien. »

A5 « Je me souviens que l'enfant était très fermé, elle ne me parlait pas vraiment mais elle était très anxieuse, elle s'arrachait les sourcils. »

A11 « Des problèmes scolaires avec un décrochage soudain. Des problèmes de pipi au lit enfin voilà changement de comportement de l'enfant. »

- Le comportement des parents

L'attitude des parents, leur comportement pendant la consultation est une source d'inquiétude

A7 « Ce qui m'avait inquiété c'était les addictions de la maman. »

A8 « Un parent ou quelqu'un de l'entourage qui aurait une attitude pendant la consultation qui pourrait me faire suspecter... comme une agressivité. »

La façon de s'adresser à l'enfant ou la relation parent-enfant peut également alerter le médecin

A2 « La manière de lui parler... « TAIS TOI » ou « TU ME SOULES » en hurlant... donc plutôt rabaisser ou agressif... alors que je me dis que quand on est devant un médecin... je me dis qu'on essaie... je me dis que s'ils se lâchent devant moi alors qu'est-ce qu'ils font à la maison quoi. »

A4 « La relation avec le parent. Comment le parent parle à l'enfant, des fois il lui parle pas... le punit, ne le punit pas... Je regarde si la relation me semble adaptée entre eux. »

- Le suivi médical

Deux médecins rappellent l'importance du suivi médical

A5 « il y a l'observance du suivi qui m'interpelle très souvent... »

A3 « le suivi qui n'est pas fait, un carnet qui n'est pas rempli, ou un enfant qui ne voit jamais le médecin aussi... »

- La concordance des explications

Si les explications données ne correspondent pas aux lésions décelées, cela alerte

A3 « Des blessures heu... avec une cause pas très claire, quand ce n'est pas très bien expliqué... quand le discours change un peu, quand il y a des zones d'ombre autour de comment s'est faite la lésion donc pour les bleus, les ecchymoses, ce genre de choses »

A6 « D'abord discuter avec les parents... Voir s'il y a un problème et comment ils réagissent. Voir si leur réaction est adaptée ou pas, leur demander comment ça s'est passé et si en effet à chaque fois les réponses sont cohérentes ou non (...) si à chaque fois ils viennent juste pour un motif et que je constate qu'il y a des traumatismes qui sont minimisés... là ça pourrait me questionner. »

Au cours de l'examen clinique

- Le développement

Le retard de développement staturo-pondéral ou psychomoteur est un signe qui inquiète

A5 « Chez les nourrissons je surveille aussi le retard staturo-pondéral. »

A6 « Ce qui m'avait poussé à faire ce signalement c'était une absence de prise de poids chez une petite de 10 ans. »

« Des troubles de la prise de poids... des carences qui n'ont pas lieu d'être... »

A7 « Sur le plan psycho moteur aussi... un enfant maltraité ça peut entraîner des retards psychomoteurs. »

- Les lésions physiques

A1 « Si je vois des coups anormaux ou une fracture anormale bien sûr. »

A2 « (...) des fractures étranges... des brûlures etc... les enfants je les déshabille donc je pense que je le verrais. »

A4 « Moi je fais toujours attention... les enfants je les examine toujours en culotte ou en couches, je fais toujours attention à l'inspection des téguments. Si je vois des hématomes dans le dos (...) »

A5 « (...) bien sûr des marques physiques... »

A7 « Alors quand on les déshabille si on constate des brûlures, des hématomes... »

e) Prise en charge et procédures

Lors de notre étude, les manières de prendre en charge une suspicion ou un cas avéré de maltraitance ont été extrêmement variés d'un interlocuteur à l'autre. Nous pouvons noter toutefois des difficultés récurrentes tout au long du parcours.

Le suivi de l'enfant

Lors d'une suspicion de négligence ou de maltraitance, le maintien du lien avec l'enfant et la famille est primordial

A3 « Si c'est plus de la négligence j'essaie d'avoir un bon contact avec le parent... faire des petits signalements genre « ça serait bien de faire le vaccin... ça serait bien qu'on se revoie... » de maintenir le contact parce que c'est ce qui peut arriver assez facilement et c'est dommage. »

A4 « Après sur la maltraitance psychologique... ou les carences éducatives c'est plus dans la répétition des consultations et donc finalement dans le lien de confiance que ça se fait. »

A7 « Déjà si j'ai des doutes je vais essayer de revoir plus souvent l'enfant pour voir si la croissance est normale, s'il n'y a pas de problèmes sur l'alimentation... »

Certains médecins veulent interroger l'enfant seul, sans les parents. Néanmoins ils ont conscience que ce n'est pas toujours évident.

A2 « J'ai demandé à la maman de sortir pour être seule avec l'enfant pour lui parler déjà d'une et qu'elle me raconte. »

A3 « J'essaierais d'interroger l'enfant tout seul mais ça c'est pas toujours évident... »

A9 « Alors j'ai fait sortir la mémé bien sûr pour pouvoir discuter un petit peu avec cet adolescent. »

A9 « Il faut pouvoir le voir seul. On fait sortir les parents et on discute. »

A11 « Il faudrait voir l'enfant seul sans leur parent mais c'est difficile. »

Pour certains, la relation avec l'entourage était convenable

A2 « La maman elle paraissait inquiète, elle n'était pas du tout revendicative ou agressive »

A2 « (...) donc ça s'est passé... plutôt bien. Il n'était pas en colère, il avait l'air plus inquiet pour sa fille que pour lui. »

A6 « La mère était tout à fait d'accord donc je n'ai eu aucun souci. J'imagine bien que parfois ça doit poser souci mais là je n'en ai pas eu. »

Pour d'autre, c'était plus compliqué...

A1 « Si jamais il y a quelque chose qui nous affole on contacte les parents mais ça ne se passe pas très bien en règle générale... »

A7 « La mère était souvent en confrontation avec moi par rapport à ma prise en charge et à ma volonté d'organiser un suivi régulier... »

Enfant en danger

Il semblait clair qu'en cas de réel danger pour l'enfant, l'hospitalisation ou du moins l'envoi aux urgences était la solution privilégiée

A4 « Ce que j'ai toujours appris c'est que si on a une suspicion de maltraitance avérée, genre des trous de cigarettes etc. Je pense que je les envoie aux urgences. J'appellerais le pédiatre pour leur expliquer. »

A5 « (...) l'hôpital j'imagine qu'il peut avoir un rôle dans une situation d'urgence. »

A6 « Donc je pense que l'hospitalisation c'est une bonne porte de sortie en attendant de faire le point. »

A10 « (...) hospitalisation par les urgences. Il faut toujours un deuxième œil, il est intéressant d'avoir un deuxième avis sur les ecchymoses et puis ça peut permettre de faire des radios et de voir des choses qui ont été méconnues ou cachées. »

Le signalement

Il a été rapporté à plusieurs reprises le manque de connaissances pratiques pour réaliser un signalement

A2 « Comme je n'ai jamais fait je ne sais pas comment faire. »

A8 « Déjà la première c'est savoir où il faut que j'appelle. Je ne sais même pas où c'est. »

Lorsque cela était nécessaire, les médecins signalaient la situation au procureur...

A2 « Alors je sais qu'il faut faire un signalement au Procureur. »

A3 « Je préférerais que ça soit moi qui fasse le signalement que des gens qui ne les connaissent pas. »

A5 « Je sais qu'on peut appeler directement le Procureur et faire un signalement. »

A9 « J'avais fait un signalement au Procureur de la République de façon anonyme. »

A10 « Je sais rédiger une lettre au Procureur en urgence. »

... ou à la CRIP par une information préoccupante.

A1 « (...) j'ai fait une information préoccupante sur une petite qui avait un surpoids majeur... »

f) Leviers facilitateurs

La majorité des médecins interrogés nous ont rapporté rechercher une aide extérieure afin de prendre en charge de façon optimale ces situations souvent délicates.

Internet

Grâce à l'informatisation des cabinets, l'information via le net est d'une grande aide et permet souvent d'y trouver les réponses attendues.

A2 « Je pense que si ça devait m'arriver je pense que je taperais sur internet (en rigolant) (...) je cherche et je pense que facilement on doit pouvoir trouver des choses sur le signalement. »

A3 « J'ai pris un modèle sur Internet qui ressemble un peu au certificat de coups et blessure. »

Interlocuteurs

Lors de la prise en charge de ces situations délicates, l'ensemble des médecins interrogés nous ont fait part de leurs interlocuteurs privilégiés. Ils sont essentiels.

Les collègues ou associés

A2 « J'appellerais mes collègues... enfin je suis pas sûr que mes collègues aient déjà eu un cas comme ça. Mais dans ces cas là quand je suis un peu perdu... je (leur) demande. »

A8 « Mes moyens ce sont mes associés... La force d'une maison de santé c'est le caractère pluridisciplinaire... On franchit la porte et on va voir son collègue pour prendre une décision. Il y a un souci d'isolement total face à la décision. »

Groupe de pairs

A9 « A cette époque-là on avait un groupe de pairs et j'en avais parlé et ça a fait le déclic. »

Le pédiatre

A4 « J'appellerais le pédiatre pour leur expliquer. »

A10 « Je pourrais aussi téléphoner à un pédiatre de l'hôpital en demandant un avis. »

Un seul médecin a exprimé au contraire ne pas pouvoir compter sur les pédiatres sauf hospitaliers en cas d'urgence

A5 « Ce n'est pas avec des pédiatres libéraux ou avec l'hôpital qu'on pourra résoudre ça... enfin l'hôpital j'imagine qu'il peut avoir un rôle dans une situation d'urgence. »

Le pédopsychiatre

A10 « Spontanément je téléphonerais au Dr P. qui est une pédopsychiatre. »

La CRIP

Les médecins la joignent pour leur transmettre les informations préoccupantes mais aussi pour demander un avis concernant une situation.

A1 « J'ai eu un contact avec la cellule d'information préoccupante. J'ai pu échanger avec le médecin du Conseil général. »

A1 « J'ai le mail de la cellule d'information préoccupante et ça, ça aide beaucoup parce que sinon on ne sait absolument pas quoi faire. »

A3 « Dans le doute ce que j'ai fait c'est que j'ai appelé la CRIP le lendemain en fait (...) pour savoir ce qu'il en était, comment faire un signalement. »

La PMI

A1 « J'ai une amie qui travaille en PMI et qui en fait régulièrement. »

A4 « La PMI... ouais PMI et la CRIP du coup maintenant. »

A5 « J'appellerais la PMI je pense... la PMI pourrait m'aider là-dessus. »

A11 « J'essaierais de contacter la PMI pour avoir des conseils, de l'aide, savoir ce qu'il faut faire dans ces moment-là. »

Le 119

A2 « (...) même le numéro 119, pour la maltraitance je ne m'en souvenais plus, là c'est la maman qui me l'a dit et du coup je me suis dit « ah tiens il faudrait que tu le retiennes. »

A9 « Alors il y a le numéro de maltraitance, le 119 je crois. »

Le CAMPS

A7 « S'il y a un retard psychomoteur (...) souvent quand ils ont moins de 3 ans je fais appel au CAMPS pour avoir un avis et une évaluation. »

Liens avec la famille

A5 « Après c'est sûr quand on connaît bien la famille c'est beaucoup plus aidant. »

Un médecin rapporte l'importance de l'alliance avec le patient qui peut permettre d'aider à la « dénonciation ».

A9 « Il faut une bonne alliance avec la famille pour qu'ils puissent s'ouvrir et dire les choses. Il faut qu'on leur tende la perche avec des phrases d'ouverture. »

g) Freins et difficultés du médecin

Aspect organisationnel

Le principal facteur limitant du dépistage de la maltraitance était le temps disponible du médecin. La période d'observation de l'enfant était trop courte sur une durée de consultation pour être capable de dépister la maltraitance, d'autres évoquaient également la fréquence des consultations trop faible passé 2 ans.

A1« Je pense qu'une consultation médicale comme ça on ne peut pas soupçonner c'est quand les enfants sont en observation longue par une personne extérieure. »

A1« Mais bon pour en arriver là (au dépistage de la maltraitance) sur des consultations courtes c'est compliqué. »

A2 « On peut passer à côté de beaucoup de cas de maltraitance parce que certes on les voit régulièrement mais c'est court. (...) Les gens qui maltraitent leurs enfants ils ne le montrent pas sur 5 minutes... ¼ d'heure de consultation. »

A5 « On voit les patients que 15 à 30 minutes... Je pense qu'on n'est pas le meilleur acteur en fait pour ça... A mon avis à l'école ça doit être beaucoup plus simple à dépister plutôt que nous qui ne les voyons que tous les ans ou 2 fois par an... »

A6 « On passe beaucoup de temps avant 2 ans avec les enfants donc là à la limite on pourrait voir si il y a des problèmes... mais après 2 ans on perd complètement le contact (...) ça nous amène à voir des enfants en 15 min qu'on a vu pour la dernière fois l'année d'avant... donc ça ne m'étonne pas... on ne les voit plus donc on ne peut pas les dépister... »

Un médecin fait part du sentiment de solitude dans la prise en charge de cette situation complexe.

A8 « Il y a un souci d'isolement total face à la décision. »

Un autre avançait la routine et la répétition des consultations comme un frein.

A10 « Le principal frein c'est de ne pas le voir, de ne pas y penser. Je pense.... je pense que des fois on est dans la routine d'autre chose (...) et qu'on ne s'étonne pas du comportement de l'enfant, de son mutisme ou de ce qu'on peut voir à l'examen clinique. »

Le lien avec les parents

Bien que nous ayons vu que la connaissance des parents/de l'entourage pouvait être un moyen d'amener la confiance de l'entourage sur des faits de maltraitance, certains médecins voyaient ce lien de confiance avec les parents comme un frein au dépistage, pouvant biaiser le jugement.

A1 « En plus on est impliqué avec les parents, on a une relation importante avec les parents donc on ne peut pas vraiment les suspecter. »

A2 « Je connais le papa, je connais la maman et du coup je sais qu'il faut que je sois prudente sur ce que je vais raconter... »

A4 « Déjà être trop proche de ses patients, on pense que ce n'est pas possible qu'ils puissent être maltraitants... »

A10 « On a une histoire particulière avec les parents, on les connaît bien et donc on ne suspecte pas.. ça nous passe sous le nez. »

La parole de l'enfant

Pour un médecin, la parole de l'enfant est rarement écoutée.

A8 « Les enfants n'ont pas de voix donc on ne sait pas leur souffrance et c'est très difficile à détecter. »

Pour un autre la parole est-elle crédible ? Les parents peuvent-ils influencer leur enfant ?

A2 « Elle m'a dit exactement ce que la maman m'avait raconté... avec les mêmes mots (...) donc je ne suis pas du tout sûr que ce soit vraiment vrai et que ce soit pas de la manipulation de l'enfant [par la mère]. »

La rupture de suivi

La crainte de perdre de vue la famille et donc l'enfant maltraité était prédominante parmi les médecins interrogés...

A1 « Le risque c'est la rupture avec les parents et du coup l'enfant serait encore moins suivi. »

A4 « Le lien de confiance avec le patient c'est la base de la médecine générale... donc arriver à faire une IP sans rompre le lien de confiance... c'est difficile. »

A5 « Le risque aussi de rompre le suivi avec l'enfant et les parents et ne plus jamais les revoir ce qui n'est pas une bonne chose. »

A9 « Il faut être fin sinon on va les perdre... on va perdre le suivi de l'enfant. »

... parfois à juste titre.

A9 « Donc j'ai mis en route la procédure et je ne les ai jamais revus. »

A7 « (...) puis ils ne sont jamais revenus. »

Manque de confiance

Certains médecins n'étaient pas très confiants dans le système de protection de l'enfance.

A4 « (...) faire une IP qui sera traitée dans 6 mois, qui ne servira, peut-être, à pas grand-chose et dont on n'aura pas de retour. »

A5 « Ils m'ont raconté qu'ils avaient contacté la CRIP etc. et que rien n'a été fait. On leur aurait dit que si il n'y avait pas de trace de coup on ne pouvait rien faire donc j'étais un peu choqué... Ca me décourage un peu aussi. »

Les conséquences

Les médecins avaient conscience des conséquences que le signalement pouvait avoir sur les familles. Si le médecin n'est pas vraiment sûr de lui, ça pouvait l'amener à reconsidérer le signalement.

A1 « Il y a la vision que de faire un signalement l'enfant va être sorti de sa famille et placé directement. »

A2 « On pense toujours à la suite... On est jamais vraiment sûr à 100% quoi... donc pas simple... »

A3 « J'ai posé la question, savoir si il y avait un risque qu'on sépare la mère des enfants. »

A3 « J'avais peur de passer à l'acte du signalement parce que ça rend les choses... vraiment plus réaliste, on sait qu'on ne peut pas revenir en arrière par exemple... heu peur de mal faire et que les enfants soient séparés de leur mère. »

A7 « L'enfant n'était pas en danger immédiat mais ce qui m'a empêché de le faire c'est que j'avais des doutes... On ne peut pas non plus étiqueter les parents parce qu'ils sont dans l'addiction...

A8 « La difficulté majeure c'est aussi la crainte : est-ce que je me trompe pas et je ne jette pas l'opprobre sur la famille etc. »

Crainte pour son intégrité physique

Un seul médecin rapporte une crainte par rapport à la réaction que pourraient avoir les parents.

A9 « On a toujours un peu « la pétoche ». C'est toujours un peu des gens qui ne sont pas dans la normalité. Ils sont assez impulsifs (...) tu te dis qu'il va y avoir des représailles... ces choses-là. »

h) Rôle du médecin

Pour de nombreux médecins interrogés, le médecin est un acteur important du dépistage et de la prise en charge de la maltraitance. Cette tâche est perçue comme un réel devoir par certains.

A9 « On est pivot. C'est vachement important. »

A10 « C'est mon rôle le dépistage. »

A2 « Le signalement je le ferai parce que c'est mon devoir de le faire. »

A3 « Je lui ai dit que c'était quand même obligatoire et que je ne pouvais pas faire comme si je n'avais rien vu... »

A7 « On a le devoir de déclarer un enfant en danger... »

Cette tâche peut être rendue difficile selon le lieu d'exercice, surtout dans un petit village.

A4 « Après la place du médecin de famille dans un village comme G. elle est difficile parce que tu connais tout le monde... T'as vu la mère complètement bourrée au dernier apéro... »

A8 « Le fait aussi dans un petit village où je travaille et vis de croiser en permanence les parents suite à une « erreur » d'appréciation ou même si c'est vrai ça peut être compliqué... »

Son rôle n'est pas de réaliser d'enquête autour du cas de maltraitance mais uniquement d'émettre un signalement.

A2 « Moi je suis la santé de sa fille et basta... moi mon rôle ce n'est pas de dire qui a raison ou qui a tort... »

A2 « (...) faire des entretiens avec les parents je ne me sentirais pas parce que mine de rien les parents je les connais aussi bien que les enfants. Il y a un lien qui se crée avec les parents, qu'il soit bon ou pas bon. J'avoue que je serai mal à l'aise et je ne pense pas que je saurai trouver les mots pour... euh... demander des explications et je sais pas si c'est vraiment mon rôle... Il y a un moment donné je constate je signale après... savoir ce qu'il s'est passé, le pourquoi du comment j'ai l'impression que ce n'est pas à moi de le faire... »

A6 « Il faut éviter d'essayer d'avoir le vrai du faux puisque de toute façon on ne saura pas vraiment et il faut laisser l'enquête se faire mais par contre le signaler. »

Il se doit de maintenir une neutralité dans ces situations et éviter tout jugement.

A2 « Je suis resté neutre... enfin j'espère. »

A2 « Ce n'est pas moi qui vais juger hein... »

i) Attentes du médecin généraliste

La maltraitance infantile est un sujet vaste, complexe et difficile à prendre en charge par le médecin traitant. Les médecins ont fait part de leurs attentes afin d'améliorer le dépistage mais également la prise en charge et les procédures mises en œuvre dans le cadre de la maltraitance infantile.

La communication entre les différents acteurs doit être améliorée, en effet elle permettrait de casser l'isolement parfois ressenti par le médecin généraliste.

A1 « Il faudrait que les personnes qui s'occupent de cette cellule d'IP nous contactent et qu'ils nous expliquent. »

A3 « Donner les contacts de la CRIP, des assistants sociaux (...) »

A4 « Informer déjà... La plupart ne savent pas qu'il y a la CRIP... Moi avant je n'avais même pas le n° de la CRIP... »

A5 « Avoir des contacts facilités avec la PMI déjà... Ca serait pas mal parce que je pense qu'eux ils auraient les moyens de mieux prendre en charge ces cas, de faire des enquêtes... Il faudrait qu'on puisse les alerter facilement, qu'ils puissent entendre notre alerte et réagir et nous communiquer tous ces éléments. »

A9 « Ensuite la CRIP faut qu'on puisse la joindre rapidement, qu'on ait les numéros de téléphone. »

A11 « Avoir des numéros pour entrer en contact avec eux... »

Un autre point essentiel est la formation des médecins généralistes concernant la maltraitance infantile. Les médecins pointaient le manque de formation sur le sujet.

A1 « Je fais souvent des FMC et je n'ai vu qu'une seule fois où le sujet était abordé pendant le congrès de sexologie il y a plusieurs années. Il faudrait plus de formation. »

A7 « Améliorer nos formations au niveau juridique... De temps en temps faire un petit rappel sur des nouveaux textes de loi qui sont apparus, des nouveaux organismes qui peuvent nous aider. »

A8 « La première ça serait une formation d'une soirée avec quelques clés rapides : un numéro, un outil... »

A10 « La formation au dépistage de ces problèmes-là, plus de formation (...) Mes études de médecine sont trop loin mais je pense qu'on avait quelque chose de très maigre. Donc c'est la formation. »

A11 « Plus de formation je pense, moi je n'en ai pas eu du tout. »

Comme nous l'avons vu précédemment certains médecins n'avaient pas vraiment confiance dans le système de protection de l'enfance. Ils exposent le manque de retour sur les procédures qu'ils ont réalisés.

A2 « Je n'ai même pas le rapport donc je ne sais même pas ce qu'il s'est passé. »

A4 « (...) je n'ai pas de retour pour le moment. »

Une aide pourrait être apportée par le logiciel métier du médecin, les médecins sont demandeurs d'informations claires, rapides et facile d'accès.

A3 « Avoir limite des petites fiches pour catégoriser, qui soient claires (...) intégrées à notre logiciel pour nous aider genre : oui là j'y pense, pour savoir quoi faire... à qui je peux demander conseil avant de faire le signalement etc. »

A7 « Au niveau des logiciels médicaux il pourrait y avoir un petit onglet sur la maltraitance. »

Le manque de temps étant un des facteurs limitants prépondérant, il faudrait envisager d'augmenter la fréquence des consultations de l'enfant.

A6 « Il faudrait plus de consultation de suivi avec des temps de consultations plus long pour avoir le temps de faire un examen complet et un interrogatoire plus poussé... parce qu'en 15 minutes 1 fois par an tu peux pas... »

Un médecin propose même une consultation dédiée à la maltraitance... sans vraiment y croire.

A2 « Il faudrait avoir une consultation exprès pour poser des questions sur la maltraitance mais à mon avis PERSONNE ne voudra venir (rires). »

Un médecin propose, sur le modèle du DMP, un carnet de santé électronique qui permettrait à n'importe quel médecin qui verrait un enfant de savoir où il en est dans son suivi.

A7 « Ce qu'il faudrait peut-être c'est un carnet de santé électronique pour savoir qui ils consultent et par qui est suivi l'enfant et quels examens sont réalisés. »

« Le carnet de santé papier est souvent oublié pendant les consultations ou il n'est pas bien rempli par manque de temps... Donc une plateforme informatique avec un carnet de santé électronique pourrait être intéressante. »

III - Discussion

1) Matériel et Méthodes

a) L'étude qualitative

Lorsque l'objectif d'une étude est d'apporter des preuves robustes permettant la réalisation de recommandations, nous nous basons sur les meilleures données possibles. Ces données sont de types quantitatives (essais épidémiologiques, essais contrôlés randomisés...). Néanmoins ces études ne permettent pas d'explorer les expériences personnelles ou d'expliquer des phénomènes sociaux. (30)

La recherche qualitative cherche à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent, et elle le fait en rapport avec un contexte ou une situation. (31)

Notre étude avait pour objectif d'étudier les comportements mais aussi les représentations des personnes interrogées concernant notre thème, c'est pourquoi la recherche qualitative nous paraissait la plus adaptée. (32)

b) Les entretiens semi-dirigés

Le choix de la méthode par entretien semi-dirigé s'est imposé par la nature du sujet. En effet, l'individualisation des entretiens nous a permis d'aborder un sujet difficile d'un point de vue social mais également complexe dans sa prise en charge en tant que médecin. Les médecins pouvaient donc plus facilement se « confier » sur leurs représentations, point de vue et expériences qu'ils ne l'auraient fait en entretien de groupe ou focus group.

L'utilisation d'un guide d'entretien nous a permis de centrer le discours des personnes interrogées autour des différents thèmes que nous avons définis au préalable, en apportant une précision importante aux réponses des interviewés notamment grâce aux possibilités de relances et d'interactions interviewer/interviewé. Cette technique nous a également permis une bonne comparabilité des résultats. (33)

c) Le recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est fait dans un objectif de maximiser le nombre de réponses positives. Nous avons donc contacté des médecins recommandés par les médecins déjà interrogés ou que nous connaissions. Cette stratégie bien qu'efficace (un seul refus à participer à l'étude) a donc pu limiter la représentativité de notre échantillon de participants et induire une perte de la neutralité entre l'interviewer et l'interviewé.

d) Le déroulement des entretiens

La durée de l'entretien avait été préalablement notifiée au médecin participant permettant d'assurer des conditions optimales.

La conduite des entretiens, bien que pouvant paraître comme un simple dialogue avec le participant, suivant une trame, s'est avérée compliquée. En effet, l'enquêteur a pour but de rester complètement neutre afin de permettre au participant de tenir un discours libre et personnel. Or il nous est arrivé de rebondir sur une réponse en posant une question fermée pouvant limiter le discours du participant ou en utilisant des tournures types « Vous ne pensez pas que... » orientant donc le discours.

2) Résultats

a) Définition de la maltraitance infantile

Les 4 grands types de violences définies par l'OMS en 1999 ont toutes été énumérés dans notre étude (violence physique, sexuelle, la négligence et les violences psychologiques) sans pour autant donner une définition claire ou précise. Concernant la maltraitance par négligence, les médecins avaient du mal à la définir. Aucun médecin interrogé n'a mentionné le fait que ce sont les

conséquences sur le développement de l'enfant qui définit une négligence comme de la maltraitance, et ce que ce soit volontaire ou non.

En effet, les médecins rapportaient souvent des cas « à la limite » entre mauvaise éducation et réelle maltraitance et avaient donc du mal à faire la part des choses.

Ces difficultés ont été évoquées lors de la mise en place de la loi du 5 Mars 2007 qui, pour simplifier, clarifier mais aussi homogénéiser la prise en charge de la maltraitance infantile et axer la prise en charge vers plus de prévention, évoque la notion « d'enfant en danger » regroupant les « enfants maltraités » et les « enfants à risque » (34)

b) Signes d'alerte au cours de la consultation

Comme nous l'avons vu, les motifs de consultation pouvant amener à une suspicion de maltraitance peuvent être multiples. Le praticien se doit donc d'être attentif aux signes d'alerte. La possibilité d'une maltraitance doit toujours être présente à l'esprit du médecin. Il doit y penser lors de la consultation même devant des signes non spécifiques. (35)

Au cours de l'anamnèse

Au cours de l'interrogatoire, les médecins ont rapporté les éléments importants retrouvés dans la littérature devant alerter sur une maltraitance. Parmi les signes comportementaux, le médecin doit s'intéresser aux troubles du sommeil, agressivité, comportement craintif et aux troubles du comportement alimentaire. (35)

L'attitude des parents est également révélatrice, le praticien devra porter une attention particulière face à des parents qui parlent à la place de l'enfant, qui lui manifestent une indifférence notoire, le dénigrent ou adoptent une proximité inadaptée.

Au cours de notre étude, les médecins ont conscience qu'il est bénéfique d'interroger seul l'enfant afin de recueillir sa parole de façon libre et spontanée. Dans la littérature, il est conseillé de réaliser cet entretien en posant des questions d'ordre général, relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille et ses copains. Il est recommandé de laisser l'enfant s'exprimer spontanément en privilégiant les questions ouvertes et en lui montrant qu'on croit sa parole. L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher

d'éventuelles discordances entre les lésions observées et les explications données par l'enfant.
(35) (36) (37)

Au cours de l'examen physique

Lors de notre étude, plusieurs médecins ont évoqué réaliser leur examen somatique sur un enfant en sous-vêtements. Les recommandations préconisent effectivement d'examiner un enfant intégralement nu de préférence, tout en respectant sa pudeur, afin de ne pas passer à côté d'éventuels signes physiques.

Les signes physiques étaient globalement bien identifiés par les médecins interviewés.

c) La prise en charge de la maltraitance infantile

Procédures

- Enfant en danger

En cas de situation d'urgence, et comme le recommande la HAS, les médecins sollicitaient en majorité les services d'urgence ou de pédiatrie hospitalière afin d'hospitaliser l'enfant en danger. Cela permet de faire évaluer l'enfant par une équipe spécialisée mais également de le mettre à l'abri.

- Suspicion et enfants à risque – Information préoccupante

Lors de notre étude, c'est dans les situations en dehors de l'urgence que les médecins avaient le plus de mal à prendre en charge les situations.

Plusieurs ont évoqué la nécessité d'établir un lien de confiance avec la famille et l'enfant afin de s'assurer du suivi de l'enfant et la surveillance de son bon développement. C'est effectivement ce qui est préconisé par la Société Française de Pédiatrie : en cas de doute il ne faut pas hésiter à revoir l'enfant de façon rapprochée, proposer une alliance thérapeutique aux parents, prendre contact avec le médecin PMI ou le médecin scolaire. (37)

Dans notre étude, nous pourrions séparer les médecins en 3 groupes. Le premier, majoritaire, qui ne connaissait pas la manière de procéder et qui, en cas de suspicion de maltraitance contacterait un interlocuteur plus averti. Un deuxième groupe qui possédait les contacts des services sociaux et de la PMI qui pourraient les aider en cas de suspicion de maltraitance infantile. Enfin, un troisième groupe qui représentait une minorité des médecins interrogés, qui savait réaliser une information préoccupante, dans quel cadre la réaliser et à qui l'adresser.

Une étude épidémiologique réalisée auprès de médecins généralistes en 2017 a montré que le terme d'IP était inconnu de 70,1 % des médecins généralistes et que 77,2 % des médecins ne savaient pas à qui l'adresser. La différence entre signalement et IP était ignorée par 79,5 % des médecins généralistes. (38)

En effet, la loi du 5 Mars 2007 a permis la création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) qui a pour objectif de clarifier l'entrée dans le dispositif et éviter l'engorgement des Parquets qui, en pratique, pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant sans qu'une évaluation première n'ait été menée. Il s'agit de centraliser le recueil des informations préoccupantes et d'organiser un circuit unique, facilement repérable, en ne laissant plus à chaque professionnel ou citoyen la responsabilité du choix de l'autorité à saisir.

- Le signalement judiciaire

Dans notre étude, les médecins faisaient appel à l'autorité judiciaire lorsqu'ils avaient une forte suspicion de maltraitance ou devant un cas avéré. Contrairement à l'IP, le signalement judiciaire est mieux connu des médecins généralistes. Une étude réalisée en 2018 auprès de médecins généralistes montraient que 20% ne savaient pas comment réaliser un signalement et 10% ne savaient pas à qui l'émettre (39). Bien que ces chiffres soient moins alarmants que ceux concernant les informations préoccupantes, ils restent étonnamment haut concernant un sujet aussi important.

En cas d'urgence, le signalement est le seul moyen pour mettre à l'abri un enfant. Le Procureur peut établir une ordonnance de placement provisoire en attendant une enquête judiciaire. Il existe un modèle de signalement éditée par la HAS (Annexe 2).

Leviers facilitateurs – Interlocuteurs

Face à ces situations de maltraitance, les médecins ne restaient jamais seul et prenaient contact auprès de différents interlocuteurs afin de les aider dans cette prise en charge. Cela va en accord avec la littérature qui préconise la pluridisciplinarité. Dans la mesure du possible, l'évaluation doit être pluridisciplinaire, aucun médecin ne pouvant évaluer seul tous les aspects de ces situations (40).

- Le conseil général et ses services

De façon générale, les médecins interrogés dans notre étude nous ont souvent rapporté solliciter les services de la PMI ou de la CRIP en dehors de situation d'urgence. La PMI semble être l'interlocuteur privilégié, à raison puisque le dépistage et le suivi d'enfant placé font partie intégrante de ses missions. La HAS dans ses recommandations préconise, en dehors de l'urgence, de faire appel au Conseil Général (la PMI en fait partie) afin de réaliser une information préoccupante. (35)

- Le pédiatre libéral ou hospitalier

Lors de nos entretiens, le pédiatre est revenu à plusieurs reprises comme un interlocuteur fiable, qu'il exerce de façon libérale ou au sein d'un service hospitalier. Médecins spécialisés dans la prise en charge de l'enfant, ils peuvent être considérés comme plus aptes à prendre en charge ces situations. Dans les hôpitaux, l'accès à une équipe pluridisciplinaire, présente 24h/24 auprès de l'enfant semble être un point important. Cela est en accord avec la littérature et les

recommandations de la HAS quant à l'adressage de l'enfant vers le spécialiste/équipe pluridisciplinaire et en milieu hospitalier si l'enfant doit être protégé.

- Les collègues ou pairs

Cela paraît logique puisque les médecins s'installent de plus en plus dans des cabinets de groupe. Dans notre étude 100% des médecins travaillaient au sein de cabinet de groupe ou de MSP. L'intérêt de ces structures est, entre autres, la possibilité de s'entraider dans la prise en charge de situations délicates et tend vers la pluridisciplinarité ou du moins la décision collégiale.

- Le 119

Seul 2 médecins ont évoqué ce numéro comme un interlocuteur possible pour les aider dans leur prise en charge, dont un qui nous rapporte que c'est un patient qui lui a appris ce numéro. Pourtant, le 119 est le numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être. C'est un Numéro Vert (gratuit). C'est la loi du 10 Juillet 1989 qui met en place la SNATEM (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée) qui deviendra SNATED, le mot « maltraité » est remplacé par « en danger ». Elle a deux missions :

- une mission de prévention et de protection :

Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

- une mission de transmission :

Transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services départementaux compétents en la matière : les CRIP, pour évaluation. (41)

En 2018, le SNATED a reçu plus de 298 000 appels. Chaque jour, près de 100 appels sont relatifs à une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être. Ces entretiens téléphoniques, traités par des écoutants, font l'objet de conseils, de soutien et peuvent initier une information préoccupante qui sera adressée au département concerné. (42)

Freins au dépistage et à la prise en charge

- Aspect organisationnel

- Le temps

Le temps semble être un facteur majeur comme frein au dépistage de la maltraitance infantile mais également à sa prise en charge. Les médecins A1 et A2 expliquent que, sur des consultations de 15 minutes, il est compliqué de dépister la maltraitance et qu'elle se fait plutôt lors d'observation longues. Le temps de la consultation du médecin généraliste a été étudié dans une étude publiée par la DREES et montre que la durée moyenne d'une consultation chez un généraliste d'un enfant de 0 à 6 ans (toute cause confondue) est de 15,2 minutes ce qui semble cohérent avec ce qu'avancent les médecins interrogés lors de cette étude. (43)

Le dépistage de la maltraitance prend du temps, de même que la réalisation d'une IP, d'un signalement ou la prise d'un avis spécialisé. Cependant, il ne doit pas être un obstacle au dépistage et à sa prise en charge si nécessaire.

- La solitude

Lors de notre étude, la solitude ou l'isolement face à un cas complexe tel que la maltraitance infantile n'a été évoqué qu'une seule fois. Pourtant, dans la littérature, elle est présentée comme un frein majeur d'où les recommandations préconisant des décisions collégiales et la pluridisciplinarité. Cela s'explique par le fait que la totalité des médecins interrogés exerçait dans des cabinets de groupe ou en MSP permettant de briser cet isolement de façon efficace, permettant une entraide mutuelle dans la gestion de situations difficiles. Dans le dernier plan santé du gouvernement dévoilé en 2018 « Ma santé 2022 », l'objectif est de faire disparaître l'exercice isolé du médecin généraliste en généralisant les maisons de santé pluridisciplinaires sur tout le territoire. (44)

- Le lien avec les parents

Les liens que tissent un médecin généraliste avec ses patients au fil des années peut être un frein dans le dépistage. En effet le « médecin de famille » connaissant ses patients depuis de nombreuses années et qui a créé un lien de confiance, aura du mal à envisager la maltraitance. Une barrière psychologique se crée car le médecin ne veut pas voir la maltraitance car elle est trop dérangeante. Cette barrière psychologique a été étudiée par Krugman R. et baptise ce phénomène « l'aversion de voir ». (45)

Nous avons constaté que le lien avec la famille était ambivalent. En effet, certains médecins le considèrent comme un élément facilitateur alors que d'autres le voient comme un frein. Cela illustre bien toute la difficulté en « Médecine Générale » de la prise en charge de la maltraitance, notamment à cause de la complexité du lien que l'on tisse avec nos patients sur plusieurs générations. C'est pourquoi il peut être plus facile de déléguer ces situations à l'hôpital afin de garantir une prise en charge plus neutre et objective.

- La parole de l'enfant

Dans notre étude, un médecin a rapporté la difficulté de vérifier la véracité des propos d'une enfant. En effet, avec l'augmentation des séparations parentales et des questions autour de la garde des enfants, ces allégations de violences augmentent également. Ces enfants, victimes ou non de violences, peuvent avoir un discours altéré par la compréhension de la situation et les sentiments qu'ils éprouvent envers leurs parents. Que ces allégations soient vraies, fausses ou bien qu'un doute existe, il nous semble important de rappeler que la parole de l'enfant doit être écoutée car elle peut être un signe de difficultés ressenties par l'enfant. Une écoute attentive, bienveillante et neutre devra toujours être apportée à la parole de l'enfant ; c'est au système médico-judiciaire de faire la part des choses.

- Les conséquences

- La structure familiale

Les médecins interrogés avaient souvent une appréhension concernant les conséquences que pouvait entraîner un signalement surtout en cas de doute sur les faits de maltraitance. Il existe encore une vision selon laquelle la seule issue d'un signalement est le placement de l'enfant. Cela pourrait donc entraîner un frein majeur dans la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement puisque le médecin se rend coupable de cette rupture et du déchirement familial. Nous avons cependant vu en première partie de cette thèse que les moyens d'accompagnement sociaux sont multiples et prédominent, dans les situations limites, entre maltraitance et éducation maladroite.

Il est donc important de rappeler que le signalement est une obligation légale et que la dérogation légale au respect du secret médical mis en place par la loi du 5 Mars 2007 met le médecin à l'abri de toute poursuite pénale pour violation du secret médical. Un professionnel de santé qui n'a pas signalé un cas de maltraitance est exposé à de lourdes peines pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. (35)

- La rupture du suivi médical

Plusieurs médecins ont rapporté craindre de perdre de vue l'enfant et qu'il est donc difficile de débiter des démarches de signalement sans perdre l'adhésion des parents. Cela est possiblement expliqué par le manque de confiance envers les services de protection de l'enfance et d'un manque de communication entre les différents acteurs. Ainsi, certains médecins préfèrent continuer à surveiller le développement de l'enfant par des consultations rapprochées tout en gardant ce lien de confiance avec la famille plutôt que de signaler aux autorités compétentes. Il est important de montrer aux familles qu'il n'y a aucun jugement dans la démarche et que c'est le bien de l'enfant qui motive cette prise en charge, non définitive, seulement provisoire. Cela peut permettre de déculpabiliser le médecin réalisant une information préoccupante mais aussi de faire accepter la situation aux familles pour « le bien » de leur enfant.

- Manque de confiance

Le manque de confiance envers les services sociaux tel que la PMI, la CRIP ou même l'autorité judiciaire et sa lenteur administrative est revenu à plusieurs reprises lors de nos entretiens. Ce

manque de confiance est probablement expliqué par le manque de connaissance des rôles exactes de ces services de protections de l'enfance mais aussi à un manque de communication et de retour des enquêtes réalisées suite à la démarche initiée par le médecin généraliste.

Il est également vrai que le temps de la Justice et le temps de la Médecine n'ont pas la même échelle, car les mesures judiciaires et administratives prennent du temps à être mises en place.

d) Attentes du médecin généraliste

La formation

Concernant la formation initiale, un seul médecin sur les 11 interrogés nous a rapporté avoir eu un cours à la faculté concernant la maltraitance infantile. C'est la loi du 10 Juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance qui introduit la formation obligatoire sur la maltraitance infantile pendant le 2^e cycle des études médicales. (46) Néanmoins selon la HAS, le module « Maltraitance infantile » est traité en une heure en six ans de formation dans la plupart des facultés (35), ce qui paraît bien peu pour envisager de couvrir l'ensemble du sujet d'un point de vue de la prévention, du dépistage et de la prise en charge médicale, sociale ou psychologique. Cela contraste fortement avec les exigences identifiées à partir d'une recherche américaine qui montre que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de 10 heures d'enseignement. (47)

Concernant les FMC, les médecins interrogés sont demandeurs de plus de formation sur le sujet que ce soit concernant le dépistage en consultation mais aussi la prise en charge des cas de maltraitance. Un des médecins interrogés fait part de l'absence de ce sujet proposé par les structures de FMC. C'est effectivement corroboré par un rapport remis au Sénat en 2013 qui déplore l'absence de formations en FMC sur le sujet de la maltraitance infantile. Ils proposent d'ailleurs la création d'un organisme responsable de formations pluridisciplinaires et pluri-professionnels spécialement dédié à l'enfant comme cela existe dans d'autres pays tel que l'Angleterre avec l'Institute of Child Health. (48)

Lors de mon internat, j'ai eu la chance d'effectuer un stage dans le service de Pédiatrie du CHU de Montpellier. Il possède une unité appelé GED (Groupe Enfance en Danger) composé de pédiatres, de médecins légistes, de puéricultrices et d'assistantes sociales. Il aide à la prise en charge des cas

de suspicions ou de cas avérés de maltraitance infantile au sein du CHU. J'ai donc été formé et sensibilisé à la maltraitance infantile. Ce groupe ressource pluri-professionnel composé de personnel formé est d'une aide inestimable pour les professionnels qui se retrouvent face à une situation de suspicion de maltraitance. Il nous semblerait intéressant de pouvoir organiser des formations aux médecins généralistes par ce type d'équipe.

La communication et la coordination

De nombreux médecins ont également désiré pouvoir contacter plus facilement les services de protection de l'enfance : la PMI et la CRIP, dans le but d'améliorer la coordination et donc la prise en charge de la maltraitance. Ils rapportent également la sensation d'être mis de côté à cause du manque de retour par les services sociaux suite aux signalements. Cela renforce la sensation de solitude du médecin généraliste libéral face à ces situations et peut donc l'amener à se désinvestir de cette mission de dépistage et de prise en charge de la maltraitance infantile.

En effet, la PMI et la CRIP ont plus souvent développé des collaborations avec les structures pédiatriques hospitalières qu'avec le secteur libéral de soins. Un rapport remis au Sénat en 2013 propose de désigner dans chaque service départemental de PMI un médecin référent « Protection de l'Enfance » qui a pour mission d'établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département. (48)

VI - Conclusion

La prise de conscience du problème de santé publique de la maltraitance infantile est un phénomène récent de notre société. Au cours des cinquante dernières années il s'est peu à peu imposé comme un des axes majeurs des plans de santé publique de l'enfance. Cependant les chiffres annuels de la maltraitance nous montrent que de nombreux efforts restent à fournir.

Le médecin généraliste, acteur central du suivi de l'enfant, de la naissance à l'âge adulte, se doit d'être au cœur du système de protection de l'enfance.

Dans notre enquête les médecins interrogés nous ont fait part de leur expérience concernant la maltraitance infantile. De nombreux aspects de la maltraitance étaient connus des médecins interrogés. Néanmoins plusieurs médecins avaient du mal à intégrer la notion de négligence comme une forme de maltraitance.

Le manque de temps pendant les consultations et le lien complexe qui lie le médecin généraliste aux familles des enfants étaient identifiés comme des freins au dépistage de la maltraitance infantile. Le manque de formation était aussi largement mis en avant, que ce soit dans la formation initiale des études médicales ou dans les formations continues.

Les médecins de notre étude relatent également le manque de retour des prises en charge des enfants, mettant le médecin généraliste de côté dans le suivi de l'enfant.

La coordination des prises en charge et le développement de la formation sur la maltraitance infantile sont essentiels afin d'améliorer le dépistage dans les soins de premier recours, dont le médecin traitant tient un rôle central.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pineau P, Massoubre C. Détecter la maltraitance psychologique chez l'enfant lors d'une consultation aux urgences.
2. Depauw A. Le syndrome de Münchausen par procuration. Rev Med Brux. 2015;6.
3. CDC. Child maltreatment surveillance; uniform definitions for public health and recommended data elements <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11493>
4. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur p. 289-93.
5. Les fiches pédagogiques | l'ENFANT en majuscule Perpignan <https://www.lenfantenmajuscule66.fr/notre-base-documentaire/les-fiches-pedagogiques/>
6. Ayala C de. L'histoire de la protection de l'enfance. Le Journal des psychologues
7. GABEL M. La maltraitance faite aux enfants. 2000.
8. Colombo M-C. Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants.
9. Quelles données statistiques sur les violences envers les enfants ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/ressources-et-methodes/quelles-donnees-statistiques-sur-les-violences-envers-les-enfants>
10. Le lettre de l'Odas novembre 2007.pdf <https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/ra/Le%20lettre%20de%201%27Odas%20novembre%202007.pdf>
11. Chambaz C. Chiffres clé de la justice - Aide sociale à l'enfance. :40.
12. Chiffres clés année 2019 ONPE
13. maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201411/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
14. Tursz A. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires.
15. Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II, Board on Children, Youth, and Families, Committee on Law and Justice, Institute of Medicine, National Research Council. New Directions in Child Abuse and Neglect Research
16. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health

17. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*
18. NICE. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. *Child maltreatment*. 2017;32.
19. J. Malka PD. Maltraitance et enfants en danger ITEM 37. :16.
20. Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. *Evid Based Child Health*. 7 mars 2013;8(2):255-63.
21. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*
22. Article 434-1 - Code pénal - Légifrance
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207673/
23. Protocole CRIP département de la Manche
https://www.manche.fr/parent/iso_album/2017_07_24_protocole_crip_version_imprimee.pdf
24. Information préoccupante <https://enfantbleu.org/information-preoccupante/>
25. Guide pratique de la CRIP
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_cellule_depart.pdf
26. Intervention ASE au domicile
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_protectenfance_intervenir.pdf
27. Dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/21-10.pdf>
28. Thierry M. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale. :371.
29. Placement d'un enfant sur décision judiciaire <https://www.justice.fr/fiche/placement-enfant-decision-judiciaire>
30. 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*
31. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Libellio d'AEGIS*;
32. POPE C, MAYS N. *Qualitative Methods in Health Research, Qualitative Research in Health Care*. Blackwell Publishing; 2006.
33. entretien-semi-directif http://www.ins.tn/sites/default/files/pdf_actualites/entretien-semi-directif.pdf
34. ONED, les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
35. questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf

36. Vabres N, Fleury J, Picherot G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. LA REVUE DU PRATICIEN. 2011;4.
37. Martin-Lebrun E. Repérage des situations à risque de maltraitance en cabinet libéral. Archives de Pédiatrie
38. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Archives de Pédiatrie
39. Simeon S. Enfants en danger: questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA. 2018;82.
40. Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. Journal de Pédiatrie et de Puériculture
41. Le 119 <https://www.allo119.gouv.fr/presentation>
42. [depliant_giped_09_2019.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/presentation/depliant_giped_09_2019.pdf)
https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/presentation/depliant_giped_09_2019.pdf
43. La durée de la consultation du médecin généraliste
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12653/1/er481.pdf>
44. MACSF.fr. Plan santé : Macron parie sur le regroupement des médecins
<https://www.macsf.fr/exercice-en-groupe/Actualites-Conseils/Les-Echos/Plan-sante-Macron-parie-sur-le-regroupement>
45. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. Child Abuse Negl. avr 2005;29(4):307-9.
46. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
47. King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. Child maltreatment
48. Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

Age :

Année du diplôme

Lieu et type d'exercice

% de pédiatrie réalisé

Formation sur la maltraitance infantile pendant le cursus initial ou en FMC

- Comment définiriez-vous la maltraitance infantile ?

- Avez-vous déjà été confronté à une suspicion ou un cas avéré de maltraitance infantile dans votre pratique ?

Si oui, comment cela s'est-il passé ?

Relances :

Était-ce la première consultation ?

Quel était le motif de consultation ?

Comment s'est passée la relation avec les parents ?

Avez-vous eu des difficultés dans cette situation ou des craintes ?

- Quels sont les signes qui vous alertent par rapport à une maltraitance infantile ? Comment repérez-vous une situation de maltraitance ?

- Devant une suspicion de maltraitance comment procédez-vous/procéderiez-vous ?

Et en cas de maltraitance avérée ?

- Avez-vous des moyens pour faciliter la prise en charge de ces cas ?

- Selon vous quels sont les freins au dépistage / quels sont les freins au signalement ?

- Quelles seraient les moyens qui pourraient vous aider dans ces situations ?

- Avez-vous des commentaires sur ce sujet ou ce travail de thèse ?

Annexe 2 Modèle type de signalement (recommandation HAS)

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

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.*

RESUME

Introduction

En France la maltraitance infantile est sous diagnostiquée. La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, avait 3 objectifs : renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement et diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille. Malgré cela, seulement 2 à 5 % des signalements sont effectués par des médecins. Notre thèse a pour objectif d'étudier les expériences du médecin généraliste, les leviers facilitateurs mais aussi les difficultés rencontrées dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance infantile.

Matériel et méthode

Étude qualitative descriptive par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes.

Résultats

La pratique des médecins concernant le dépistage et la prise en charge de la maltraitance infantile est hétérogène. La prise en charge de cas de maltraitance infantile est rendue difficile par un manque de formation, de réseaux locaux de professionnels formés pouvant épauler le médecin généraliste. De plus, le médecin généraliste tiens une position ambivalente à cause des liens qu'il crée avec l'entourage de l'enfant pouvant fausser son objectivité. De façon unanime, les médecins attendent plus de formation sur le sujet et l'amélioration de la communication et des échanges avec les services de protections de l'enfance.

Conclusion

Le dépistage et la prise en charge de la maltraitance infantile est complexe. L'amélioration de la formation initiale et continue du médecin généraliste est indispensable ainsi que l'implantation ou l'amélioration des relations avec les services de protection de l'enfance afin d'améliorer le repérage et la protection des enfants en danger, situation encore bien trop fréquente aujourd'hui.

Mots clés : Maltraitance infantile, dépistage, médecin généraliste, recherche qualitative, signalement, information préoccupante