



HAL
open science

Perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes de Mayotte : une étude qualitative

Louis Lapere

► **To cite this version:**

Louis Lapere. Perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes de Mayotte : une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03787692

HAL Id: dumas-03787692

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03787692v1>

Submitted on 26 Sep 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.

UNIVERSITÉ DE LA REUNION
UFR SANTE

Année 2022

N° : 2022LARE050M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale

Perception de la maltraitance infantile par les médecins
généralistes de Mayotte : une étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement le *17 juin 2022* à
à La Réunion

Par Lapere Louis

Né le 30/07/1992 à Roubaix

JURY

Président :

Madame le Professeur Sauvat Frédérique

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Vincent Ramez

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Florian Bellay

Directeur(trice)s de Thèse :

Madame le Docteur Jessica DUMEZ

Monsieur le Docteur Michel Spodenkiewicz

Serment d'hypocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

“Quand les gens ont eu des enfances bafouées, les sociétés en payent aussi le prix.”

Dr Anne Tursz, pédiatre et directrice de recherche à l’Inserm

Sommaire

Liste des abréviations	5
I. Introduction	6
II. Matériel et méthode	9
Type d'étude	9
Population concernée	9
Recueil des données	10
Analyse des données	10
III. Résultats	12
Population étudiée	12
Analyse des entretiens	15
1. Fréquence de la maltraitance infantile perçue par les médecins généralistes à Mayotte	15
2. Les prismes contextuels de reconnaissance de la maltraitance perçues par les médecins généralistes à Mayotte	20
3. Hétérogénéité des perceptions	27
III. Discussion :	34
Forces et limites de l'étude	34
Discussion des résultats	36
1. Préjugés et biais cognitifs	36
2. "C'est Mayotte"	38
3. Implications pour la pratique	40
IV. Conclusion	43
V. Références bibliographiques	44
VI. ANNEXES	47
Annexe 1 : Guide d'entretien	47
Annexe 2 : Résultats secondaires	48
Annexe 3 : Grille COREQ	89
RESUME / ABSTRACT	93

Liste des abréviations

CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CRIP	Cellule de Recueil des Informations préoccupantes
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMG	Département de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
IE	Informations entrantes
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Informations préoccupantes
MSU	Maître de Stage Universitaire
NICE	National Institute of health and Clinical Excellence
ODPE	Office Départemental de Protection de l'Enfance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PH	Praticien Hospitalier

I. Introduction

La maltraitance infantile, de par sa fréquence et ses répercussions, est un problème sociétal majeur dans le monde (1) et en France (2). Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la définition de la maltraitance est la suivante : "la maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligence, 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 un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir." (3)

Dans les pays à hauts revenus, comme la France, il est estimé que 4 à 16 % des enfants étaient victimes de violences physiques, environ 10% des enfants étaient victimes de négligences ou de violences psychologiques et entre 15 et 30% étaient victimes d'agressions sexuelles. (4)

Mayotte est devenu le 101ème département français en 2011. L'île souffre de retards importants de développement économique et social avec la plus forte croissance démographique française. Mayotte est le département avec la plus faible densité médicale en médecins généralistes avec seulement 43 médecins généralistes pour 100 000 habitants (la moyenne française étant de 124/100 000 habitants). De plus seulement 16,5% des médecins généralistes travaillent en libéral alors que la majorité des départements ont une part plus importante de médecins exerçant leur activité en libéral ou mixte qu'en salariat. Avec la population la plus pauvre et la plus jeune de France, la protection de l'enfance est l'un des enjeux majeurs de Mayotte (5). Parfois oubliés, les droits de l'enfance à Mayotte sont remis sur le devant de la scène grâce à des articles de presse (6).

En France, 22% des Français déclarent avoir été victimes de maltraitements physiques, sexuelles et psychologiques au cours de leur enfance (2). La Protection de l'Enfance a pour but de réduire la prévalence des maltraitements et des négligences, ainsi que prévenir leurs conséquences sur la santé de la population à court, moyen et long terme : augmentation de la morbi-mortalité par augmentation de

la fréquence des troubles externalisés du comportement, des conduites addictives, des conduites suicidaires, de l'anxiété, de la dépression, de l'obésité et, par conséquence directe ou indirecte, l'apparition de cancers ou de pathologies cardiaques . De plus, on constate une dégradation de la situation depuis la crise sanitaire, avec une augmentation des signalements due à une hausse des violences intrafamiliales (7).

Les médecins généralistes s'accordent pour dire que leurs rôles sont importants en matière de prise en charge de l'Enfance en Danger. (8) Néanmoins, dans les études en France métropolitaine, les médecins généralistes semblent finalement peu impliqués dans les pratiques courantes de dépistage d'enfants maltraités ou en risque de l'être (avec 5 % des informations préoccupantes (IP) issues du secteur médical dont 1% issues des médecins libéraux (9)).

En métropole, les services sociaux des départements sont à l'origine de 90 % des IP transmises aux Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). A Mayotte, ils ne sont à l'origine que de 5 % des IP. L'activité de la CRIP à Mayotte a connu récemment une augmentation très importante. En 2009 le nombre d'IP reçues était de 159 alors qu'en 2016 il est de 1 575, soit une multiplication par 10 (5). La première étude de l'Office Départemental de Protection de l'Enfance à Mayotte date de février 2022 et montre des chiffres encore en augmentation avec un nombre d'informations entrantes (IE) de 1864 (IP et signalements) sur l'année 2021. Les origines principales sont le vice-rectorat avec 544 IE, Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) avec 181 IE et l'association Mlezi Maore avec 223 IE (10). Après un entretien téléphonique avec le directeur de CRIP et la directrice de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance, nous apprenons qu'aucune démarche d'IE n'a été réalisée par des médecins libéraux en 2021.

Une étude récente réalisée en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges a identifié plusieurs freins au recours des services de Protection de l'Enfance par des médecins généralistes, comme une formation insuffisante sur le sujet et un manque de connaissance du système de protection de l'enfance (11).

Une autre étude réalisée en novembre 2021 à La Réunion par mon collègue le Dr Florian Bellay (12) soulignait la nécessité de réaliser une étude qualitative afin de mettre en évidence les pratiques et les attentes des médecins généralistes face à une situation d'enfance en danger.

Compte tenu de ces deux constats, nous avons cherché à compléter l'état des connaissances sur la maltraitance infantile à Mayotte dans une perspective sanitaire.

L'objectif de cette étude est de comprendre quelles sont les perceptions de la maltraitance infantile par les médecins généralistes à Mayotte pour faciliter les démarches face à une situation d'enfance en danger.

II. Matériel et méthode

Cette étude ayant pour but de mieux comprendre quelles sont les perceptions de la maltraitance par les médecins généralistes à Mayotte, afin d’avoir des éléments de réponse sur les difficultés qui les empêchent de réaliser des démarches d’alerte devant des situations de maltraitance infantile, nous avons opté pour une démarche qualitative plus que quantitative.

A. Type d’étude

Il s’agit d’une étude qualitative transversale descriptive inspirée de la théorisation ancrée réalisée auprès des médecins généralistes travaillant sur l’île de Mayotte.

B. Population concernée

Les médecins généralistes à Mayotte ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné, c’est-à-dire selon le type et le lieu de leur activité, les modalités d’exercice, leurs âges, leurs sexes, dans le but d’obtenir une diversité des points de vue et évaluer l’impact de certains facteurs.

Le recrutement a été réalisé dès le début de l’étude devant les limites techniques inhérentes au fait que l’investigateur habitait à La Réunion et que les participants étaient à Mayotte. Un seul voyage a été effectué afin de réaliser les entretiens. Nous avons cherché différents profils de médecins généralistes pour diversifier au maximum les points de vue.

Nous avons imaginé un deuxième voyage ou des entretiens par visioconférences si nous n’étions pas arrivé à une suffisance théorique des données.

C. Recueil des données

Le recrutement a été réalisé par contact téléphonique auprès des médecins généralistes, expliquant le but de l'étude et demandant leur consentement à la participation. Une date de rendez-vous a été fixée à ce moment-là. Les participants étaient informés de la nature de l'entretien, des thématiques abordées, de son caractère anonyme, de son enregistrement ainsi que de sa durée prévisible (entre 20 à 40 minutes).

Le recueil de données a été réalisé lors d'entretiens semi-ouverts réalisés en face à face pour tous les intervenants.

Pour répondre à notre problématique et afin de laisser au mieux s'exprimer les médecins généralistes interrogés, nous avons réalisé les entretiens avec l'aide d'un guide adapté de celui réalisé par nos collègues le Dr Jessica Jacquemart et le Dr Paul Arthur Mersch (8). On le retrouve en Annexe 1.

Ce guide d'entretien explorait 5 thèmes principaux :

- Les expérience(s) personnelle(s) de situation de maltraitance.
- La relation médecin-patient, médecin-enfant.
- La place du médecin généraliste dans la protection de l'enfance.
- La vision du système de protection de l'enfance à Mayotte.
- Des suggestions pour améliorer nos pratiques.

D. Analyse des données

La méthode choisie a été inspirée de la théorisation ancrée après concertation avec mes directeurs de thèses, participation aux ateliers "thèse" de la Faculté de Santé de La Réunion et lecture du guide "Initiation à la recherche qualitative en santé" (13).

Cette méthode est une analyse manuelle à trois niveaux, par codage ouvert, axial et thématique, afin de dégager des concepts à partir des éléments de langage recueillis lors des entretiens.

La première étape était l'enregistrement au dictaphone des entretiens avec une retranscription écrite de chaque entretien mot à mot.

La deuxième étape fut l'analyse manuelle en trois parties :

- Le codage ouvert a permis de sélectionner les verbatims pertinents.
- Le codage axial a permis de faire émerger des sous-thèmes en regroupant les verbatims pertinents par sujet, sens et intérêt.
- Enfin le codage thématique met en avant les thèmes principaux, en regroupant les sous-thèmes.

Cette étape a été réalisée par triangulation des données avec un de mes directeurs de thèse (MS) puis avec une autre chercheuse (Dr A Visy) connaissant la méthode afin de limiter la subjectivité de l'analyse des entretiens.

L'analyse des entretiens s'est fondée sur le concept de comparaison constante afin de pouvoir, au besoin, adapter le guide d'entretien dès que des concepts se dégagent et enrichir leurs contenus. Il est à noter qu'aucun des verbatim n'a été supprimé de l'analyse.

En recherche qualitative, les critères de scientificité dépendent du respect des critères de validité externe et interne (14). Pour une critique objective de notre étude, une grille de lecture COREQ a ainsi servi de support. Utilisée dans sa version française, elle définit 32 critères de qualité (15). Une analyse de notre étude selon la grille COREQ est présentée en annexe 3.

Finalement, devant l'importance du nombre de thématiques issues des analyses, et après concertation avec mes directeurs de thèse, nous avons fait évoluer la question de recherche dans une démarche circulaire pour la recentrer sur la perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes à Mayotte.

III. Résultats

Après l'analyse des entretiens et la triangulation des données, nous avons estimé que nous étions arrivés à une saturation théorique des données.

A. Population étudiée

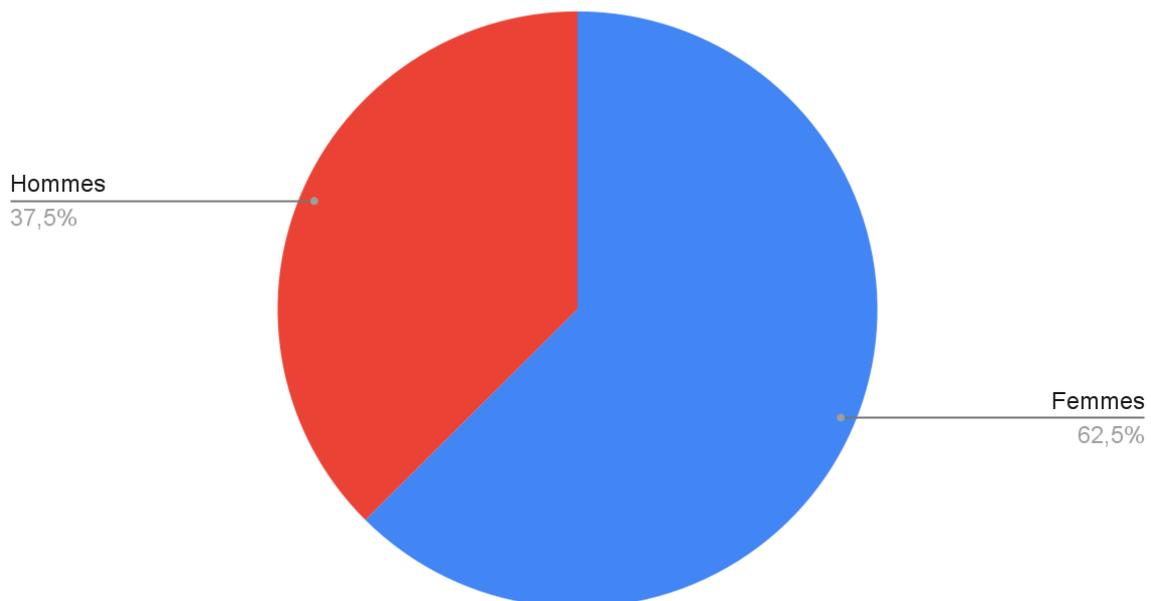
8 médecins généralistes exerçant à Mayotte ont été inclus dans cette étude.

Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à notre étude.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont reprises dans les graphiques suivants :

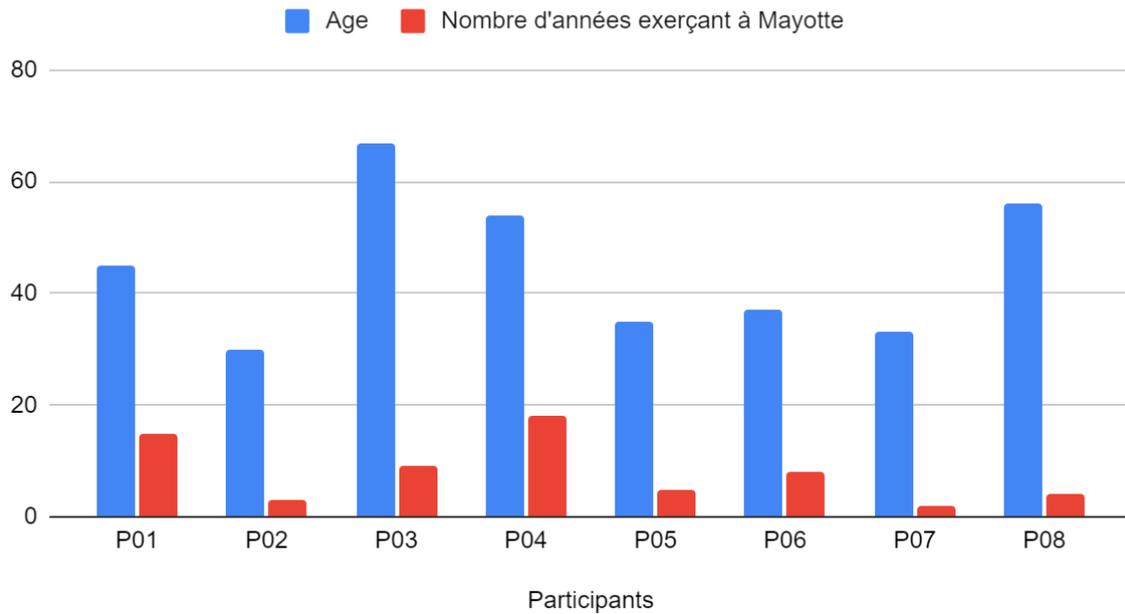
-Proportion d'hommes et de femmes : 5 femmes et 3 hommes

Sexe des médecins généralistes interrogés à Mayotte



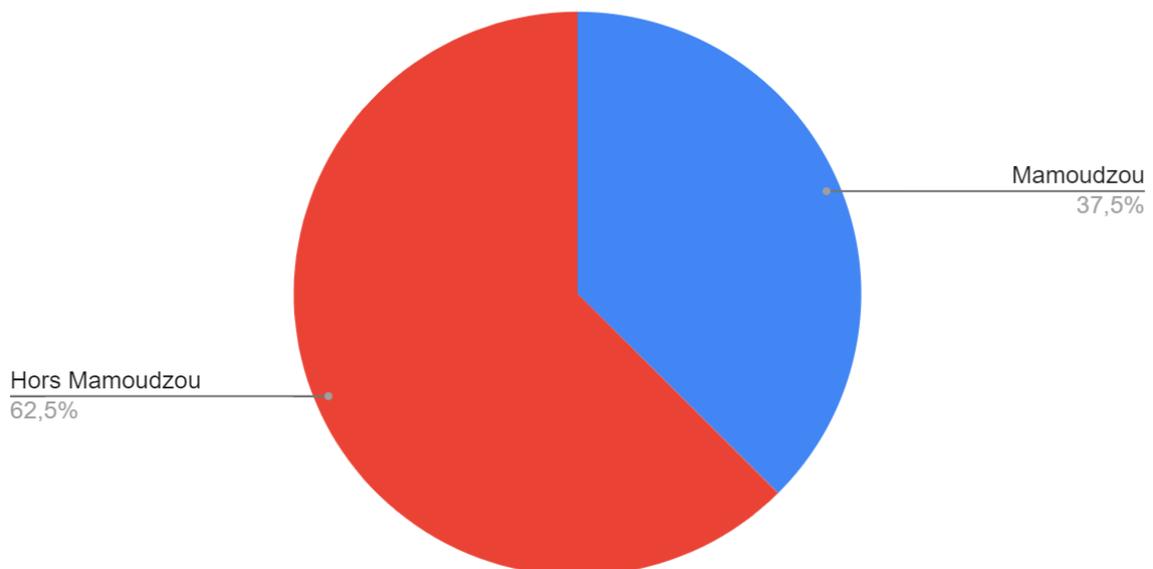
-Âge, nombre d'année travaillant à Mayotte :

Age et Nombre d'années exerçant à Mayotte



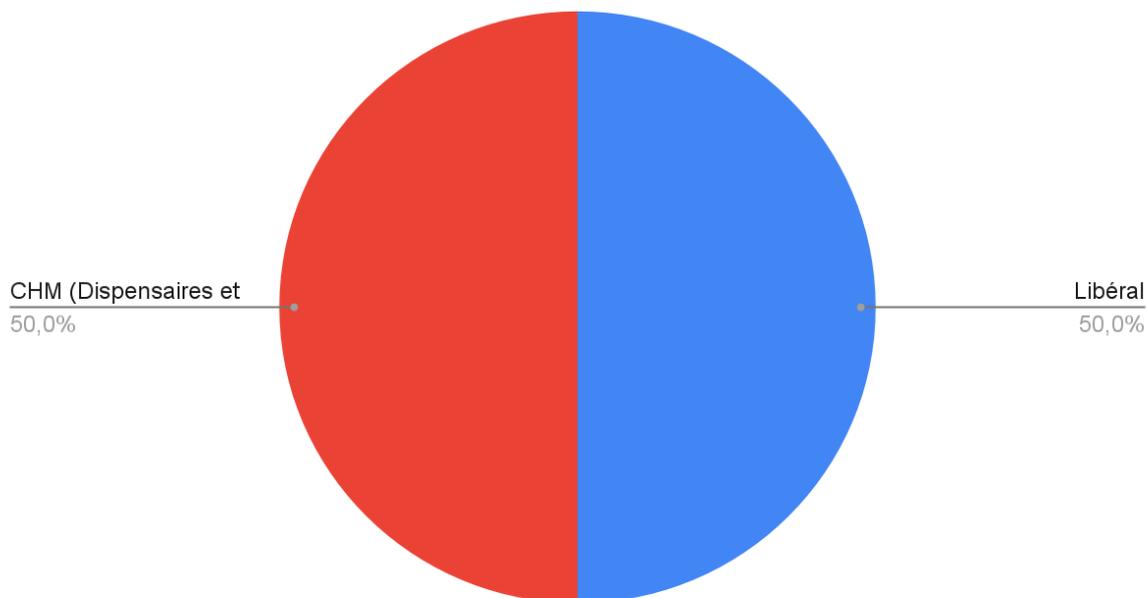
-Lieu d'activité des médecins interrogés :

Lieu d'activité des médecins généralistes interrogé à Mayotte



-Modalités d'exercice de la médecine générale : 4 libéraux et 4 CHM (dispensaires et urgences)

Modalités d'exercice de la médecine générale à Mayotte



On peut également noter que parmi ces médecins :

-Un médecin est chef de clinique au Département de Médecine Générale (DMG). Il travaille dans une maison de santé pluriprofessionnelle dans le sud de l'île et également avec les pompiers de Mamoudzou. Il est Maître de Stage Universitaire (MSU).

-Un médecin libéral travaillant à Mamoudzou est titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de pédiatrie et d'un DIU de sport.

-Un médecin de dispensaire est chef de service d'un secteur hors Mamoudzou, et MSU.

-Un médecin est Praticien Hospitalier (PH) à Petite Terre et est vacataire dans le service d'orthogénie de l'hôpital de Mamoudzou.

-Un médecin et PH aux urgences de Mamoudzou et MSU.

-Un médecin libéral travaille dans le sud de l'île.

-Un médecin est non thésé et travaille en libéral hors Mamoudzou.

-Un médecin est non thésé et travaille aux urgences de Mamoudzou.

-L'activité pédiatrique est relativement homogène entre 30 et 50%

B. Analyse des entretiens

1. Fréquence de la maltraitance infantile perçue par les médecins généralistes à Mayotte

La maltraitance semble au premier abord hiérarchisée et rare. Le sujet de la maltraitance fait évoquer aux médecins généralistes d'abord les violences physiques et sexuelles, puis la dénutrition sévère. La connaissance des autres types de maltraitance et notamment des négligences apparaît floue, voire parfois inexistante. De plus, les médecins rebondissent souvent en parlant de la maltraitance des femmes comme plus courante que celle des enfants.

Rareté de la maltraitance :

Les médecins généralistes interrogés considèrent que la maltraitance infantile reste un phénomène relativement rare.

P01 : "D'enfant hein ? Pas de femme ? Euhhh d'enfant c'est plus rare"

P03: " J'ai jamais pensé à de la maltraitance, pourtant je suis très observatrice et très sensible à ça. [...] On n'en a jamais vu ni jamais suspecté ici, alors que j'ai travaillé en pédiatrie à Nice et j'ai souvent fait des signalements devant des bleus suspects, et les enfants secoués ou autres. Ici ça n'existe pas. Mais il y a beaucoup de brûlures."

P08 : "J'en ai pas fait beaucoup depuis que je suis là, parce que souvent c'est des choses qui se passent en intra familial, c'est compliqué. [...] Une IP ? une seule fois à Mayotte"

Le prisme des violences physiques :

On constate que les médecins interrogés pensent en premier lieu aux violences physiques lorsqu'on évoque la maltraitance infantile.

“P01: il y avait eu, lorsque j'étais en permanence de soins, un enfant qui était venu, entre 10 et 12 ans, car il s'était fait fouetter avec des fils électriques par son père, parce qu'il avait fugué.

P05 : “Derrière ça il l'aurait étranglé. C'est ce qui a été raconté par la jeune fille après que la maman l'ait retrouvée au sol en rentrant chez elle. À priori elle aurait été inconsciente pendant une demi-heure.”

P07 : “c'était une gamine de huit ans en UHCD, chez qui on constatait, suite à une morsure de chien, des traces de coups un peu partout sur le corps de l'enfant. Initialement on avait discuté d'une IP”

Le prisme des violences sexuelles :

On constate également que la perception de la maltraitance se fait souvent à travers les violences sexuelles.

P03 : “ah si c'est vrai, j'ai déjà eu une histoire concernant une jeune fille. C'est très long et compliqué. Je l'ai même amenée à la police. Ça correspond à ce que vous recherchez. Une jeune fille qu'on suivait avec l'équipe des infirmières et que je continue à suivre d'ailleurs, qui a un diabète de type 1. Elle vient des Comores. Un jour je lui ai dit : “c'est trop compliqué, si ça continue comme ça je vais t'hospitaliser.” Et là, je vis un espèce de sourire extraordinaire, comme si je lui avais donné la lune. On va plus loin et on apprend qu'elle subissait des sévices sexuels par l'oncle.”

P04 : “ un enfant qui s’est présenté avec sa mère il y a une heure. La maman dit qu’il a eu des attouchements sur les fesses.”

P05: “La dernière consultation c’était dans le cadre d’une agression sexuelle sur mineur, pendant la nuit, sur une réquisition”

P06 : “celle-là était vraiment incontournable parce que c’était ma première vraie expérience. Un enfant de 12 ans qui est venu avec sa tante et s’est présenté comme avoir subi un viol de la part de quelqu’un de la famille”

P08 : “oui j’ai eu il y a pas longtemps une jeune fille, dans le cadre de l’orthogénie pour un avortement. Elle semblait être maltraitée par les gens qui l’hébergent. Elle était enceinte. Elle avait à peine 14 ans. On a fait un signalement parce qu’elle était maltraitée et qu’ils ne lui donnaient pas à manger. C’était probablement le mari de sa tante qui l’a violenté et l’a mise enceinte.”

P08 : “c’était aussi devant une situation avec une fille violée. C’est pour ça que j’ai voulu faire de l’orthogénie : pour aider ces femmes en détresse.”

Le prisme de la dénutrition :

Puis les médecins rapportent leur constat de la dénutrition.

P01 : “oui effectivement après il y a tout le reste. Ca peut être : je ne te donne pas à manger parce que tu as fait une connerie.”

P02 : “la dernière que j’ai réalisée c’était une petite fille qui arrivait des comores. Elle était dans les bras de son papa. Elle venait pour dénutrition sévère. Elle avait trois ans et pesait 6 kg. Elle tenait à peine assise et ne marchait plus. L’histoire qui nous a été racontée est que sa mère la séquestrait et ne la nourrissait pas à la demande du beau-père.[...] Évidemment tous les gamins dénutris n’ont pas d’information

préoccupante. C'est vrai que maintenant si je retournais travailler à Mamoudzou je ne saurais pas où me placer si je rencontrais des enfants dénutris, et donc savoir si c'est de la maltraitance ou de la pauvreté."

P03 : "moi ce que je vois c'est, [pause], par exemple, toutes les dénutritions entre guillemets [...] Donc moi parfois je le dis aux parents : "vous maltraitez vos enfants. regardez, il ne mange plus. Il ne grossit plus. Il ne grandit plus. C'est de votre faute" Ils savent entendre mais du coup ils me posent la question : "comment je fais s'il ne veut pas".

P07 : "bah sur l'alimentation, il y a des parents qui sont débordés, qui n'ont pas de quoi nourrir leurs gamins ou qui prennent pas le temps d'aller chercher ce qu'il faut à la Croix-Rouge ou autre"

La maltraitance des femmes vue comme sujet de préoccupation :

On remarque également que certains médecins nous parlent spontanément de la maltraitance des femmes alors que nous parlons de celle des enfants.

"P01: D'enfant hein ? Pas de femme ? Euhhh d'enfant c'est plus rare [...] Bah comme je te l'ai dit plus tôt, c'est plus souvent des situations de maltraitance envers les femmes que sur les enfants [pause] ou alors dans un contexte où la femme s'est fait taper dessus et les enfants ont reçu des coups. Mais des enfants qui se sont fait battre tout seul, ça m'est pas arrivé en consultation ou aux urgences"

P04 : "oui ça c'est souvent. Il y a pas mal de femmes qui sont battues. Une femme qui subit de la maltraitance c'est assez régulier. [...] Bah déjà si on arrive à faire comprendre aux femmes que c'est pas normal et qu'il faut qu'elles se barrer, on sera déjà bien content. Moi c'est mon objectif. Une femme avec qui ça se passe mal dans son couple, je lui dis de se barrer, point. On y arrive. On les protège au moins. Et parfois elles arrivent à faire les démarches et à se mettre à l'abri. "

La négligence plus compliquée à appréhender :

La négligence semble perçue comme moins prise en compte et moins grave, par les médecins généralistes. Elle semble également difficile à étiqueter comme maltraitance.

P01 : *“ou ça peut être tout, même psychologique, même des insultes, des rabaissements. Mais ça c’est beaucoup plus compliqué si tu n’es pas témoin, je trouve [...]. Par exemple, la négligence c’est compliqué si on te le rapporte pas, si quelqu’un te le rapporte pas c’est très compliqué.”*

P03 : *“enfin les enfants ici, je sais pas si vous avez remarqué, moi j’ai beaucoup d’enfants et de petits-enfants. Beaucoup d’enfants autour de moi. Bah on les encadre. Ici à partir de 3-4-5 ans tu les vois sur les bords de la route tout seul, sans cadre, au bord de la route. Est-ce que ce n’est pas de la maltraitance ? [pause, attend une réponse de ma part] [...] Oui mais bon c’est vrai que c’est aussi de la maltraitance que de laisser une poêle chaude avec de l’huile ou de l’eau bouillante sans surveillance.”*

P07 : *“mais c’est vrai que là il y a tout ce qu’il y a autour. C’est-à-dire la négligence ou les gamins qui n’ont pas à manger. À Mayotte ça arrive régulièrement. Ou la maltraitance psychologique effectivement. Là c’est quelque chose où on est moins sensibilisé mais il faut faire un bon interrogatoire.”*

2. Les prismes contextuels de reconnaissance de la maltraitance perçues par les médecins généralistes à Mayotte

Le contexte de Mayotte, sur plusieurs plans, rend la reconnaissance de la maltraitance délicate. La maltraitance se fonde dans une violence sociétale commune. La pauvreté et la misère sociale de Mayotte reviennent systématiquement dans les discours des médecins lorsqu'ils développent l'idée de la maltraitance. Même si ce n'est pas le cas au départ, cela prend souvent la première place à la fin.

De plus, chacun a son lot de situations dramatiques où il se sent impuissant (comme par exemple les enfants passeports).

Enfin, on voit les médecins perturbés face au contexte d'immigration massive provoquant des situations d'enfance en danger. Ils se demandent également si la réponse de l'État face à cela n'est pas pourvoyeur de maltraitance infantile indirecte.

Tout cela se mélange : les médecins sont perdus face à ces situations. Ils ont le sentiment que tous ces prismes s'intriquent les uns aux autres.

Le prisme de la pauvreté/précarité omniprésente :

La pauvreté à Mayotte est soulignée par les médecins généralistes. Ils se sentent en difficulté devant cette situation.

P02 : "Et très souvent c'est difficile de faire la différence entre maltraitance par négligence ou pauvreté. C'est un très gros sujet. [...] bah est-ce que c'est la pauvreté qui amène cette négligence ? Est-ce que cet état même de pauvreté est de la négligence ?

P04 : "vous l'avez compris tout est compliqué, et c'est une situation difficile dans cet océan de misère. Mais cet océan de misère il faut pas s'y noyer, il faut faire les choses et les faire bien"

P05 : "bah c'est compliqué déjà du point de vue précaire, [...] Bah la situation précaire met l'enfant en danger et en même temps on ne veut pas condamner les

parents parce qu'ils ne sont pas responsables de cette situation précaire. Ils la subissent tout autant. C'est hyper délicat en tant que médecin de se positionner là-dedans."

P07 : "Tout est compliqué. C'est vraiment le concept de la précarité poussé à une échelle invraisemblable à Mayotte, qui influence la négligence ici"

P08 : "Le problème c'est qu'il y a l'ignorance. Les parents ne les nourrissent pas bien parce qu'ils n'ont pas les moyens ou parce qu'ils ne savent pas. Ceux qui ont un niveau le plus bas, le plus souvent, ce sont ceux qui viennent des Comores dans la plus grande misère. Quand tu fais des sorties chez les gens et que tu vois dans quelle misère ils vivent tu hallucines. C'est la misère. C'est la maltraitance de la misère. Les gens vivent de bric et de broc dans l'humidité, dans des conditions de vie et d'insalubrité incroyable."

Les situations sociales dramatiques :

Tous les médecins vont nous parler de situations sociales dramatiques : les jeunes mineurs isolés, les enfants n'étant pas éduqués par leurs parents ou encore les enfants traversant la mer pour arriver à Mayotte au péril de leur vie. Tout ceci est perçu comme de la maltraitance mais avec un contexte social très pesant.

P01 : "Ah oui une situation où les parents d'un enfant ont été renvoyés aux Comores par la police aux frontières et que l'enfant était gardé par une autre famille ou un voisin ou je sais pas quoi [Pause longue]. Enfin c'était ça qu'elle voulait signaler en fait. Le fait que les parents soient pris en laissant les enfants et que du coup ils étaient dans des situations sociales critiques et que normalement ça ne devrait pas se passer comme ça. [...] Parce qu'il y en a de trop"

P02 : "mais il fallait faire une information préoccupante parce que le papa arrivait à Mayotte et qu'il n'avait nulle part où aller, pas de maison, même pas dans les

bidonvilles. Comme la gamine était dénutrie, on l'avait gardée en hospitalisation le temps que le père trouve une solution, qu'il se retourne et trouve un logement"

P03 : "Un tonton vient avec cette fille pour la faire soigner, en usurpant l'identité de la sœur. Elle devait avoir en âge réel 10 ou 11 ans, mais 14 ou 15 ans sur sa carte d'identité. Ceci a posé des problèmes terribles. On pensait qu'elle était plus vieille que ce qu'elle était, comme sa carte d'identité donnait un âge qui n'était pas la réalité. Du coup elle faisait n'importe quoi. Un jour, je lui ai dit que c'était trop compliqué : "si ça continue comme ça je vais t'hospitaliser." Et là, je vis un espèce de sourire extraordinaire, comme si je lui avais donné la lune. On va plus loin, et on apprend qu'elle subissait des sévices sexuels par l'oncle."

P03 : "Au delà de la maltraitance, il y a une situation, des situations catastrophiques ici. [...] et ben c'est vrai que si tu veux, si tu regardes tous ces jeunes, tous ces petits qui fouillent les poubelles, et qui sont en meute dans la rue, c'est de la maltraitance. Y a-t-il des parents ? Y a-t-il un cadre ?"

P04 : "c'est un monde violent. Ici on vit dans un monde très violent. Elle est à tous les étages. Effectivement la maltraitance c'est cette violence, donc une maltraitance sociale de base. Si on oublie la maltraitance caractérisée, effectivement les gens sont fatigués ici. [...] Mais on est obligé de prendre l'impact de la lourdeur du poids social ici, du poids de la société. Les gens vivent en communauté, beaucoup plus que chez nous, et du coup c'est beaucoup plus compliqué"

P07 : "finalement un signalement avait été fait par mon collègue à l'UHCD, par ce qu'en fait ce n'était pas les parents de l'enfant qui étaient présents mais les voisins. La maman avait donné l'enfant aux voisins. On avait récupéré les infos sur un second interrogatoire. Les voisins étaient très attachés à cette petite fille. On a jamais su ce qui s'était réellement passé. C'est plutôt le travail de la justice"

Le contexte de l'immigration massive et de l'action publique :

Les situations politique et géopolitique de Mayotte semblent induire une violence selon les médecins généralistes. De la traversée en Kwassa Kwassa jusqu'à la peur de la police aux frontières : tout cela semble provoquer de la maltraitance entraînant ensuite chez les jeunes adultes des psychotraumatismes complexes (quête identitaire, échec, avenir bouché) (16).

P01 : "tous ceux qui vivent, tous ceux qui sont déracinés de leur famille des Comores ou qui vivent ici cachés, est-ce qu'avoir toujours peur de la paf, avoir toujours peur que ses parents se fassent attraper, est-ce que ce n'est pas déjà de la maltraitance ? Mais ce n'est pas de la maltraitance des parents. Est-ce que c'est la maltraitance des parents qui acceptent de leur faire subir ça ? C'est très compliqué. Ils ne vivent pas dans des conditions psychologiquement sereines. Pour les conséquences futures, cela me semble très compliqué. [...] Oui avec plaisir, mais j'oubliais de parler des situations où des gamins n'ont connu que Mayotte. A 18 ans on leur dit qu'ils ne seront pas français. Ah bah non ce n'est pas possible. Tes deux parents sont Anjouanais. Écoute, il n'y a pas de possibilité pour toi. Là, on est face à un gamin qui a grandi toute son enfance à Mayotte. Il ne connaît rien d'autre chose et jusque-là on lui fait croire qu'il allait être français parce qu'il est à l'école comme les autres. Il va passer le bac et d'un coup à 18 ans c'est le parcours du combattant. Moi je comprends qu'ils soient dans les rues et qu'ils caillassent parce que peut-être qu'à leur place, on aurait cette rage aussi. Enfin je comprends, tu vois ce que je veux dire. Mais on leur fait croire des choses et ça n'arrivera jamais. Maintenant tu te démerdes. Retourne dans ton pays, ou marie-toi avec une française si tu veux rester ici et fais-lui un gosse. C'est la seule chose qu'ils ont à faire. Ils n'ont pas d'espoir ces gosses qu'est-ce que tu veux."

P02 : "Alors que oui c'est plutôt politique. Ce n'est pas strictement dû aux familles, aux services de l'État. À cause simplement de l'État ? [longue pause] [...] c'est un problème politique au-delà du problème médical."

P03 : “Ce qu’on appelle les enfants passeport. Je veux dire, des enfants qui servent à avoir des passeports. [...] Et donc on a vu arriver régulièrement des gens assez jeunes venir avec des enfants handicapés, trisomiques, mentaux. Et visiblement, ce n’était pas les leurs. Particulier comme situation. Il paraît que ça se fait beaucoup. Ils vont convaincre les parents dans les villages pour prendre leurs enfants handicapés et leur dire qu’ils seront mieux traités à Mayotte. Et leur dire qu’ils pourront venir après grâce à l’enfant sur place. Donc là il y a un truc sérieux. [...] Oui c’est un autre stade de maltraitance. C’est inimaginable mais ça existe ici. Faire traverser un océan à un enfant au péril de sa vie pour des papiers. [souffle et longue pause]. [...] Et c’est très difficile, il y a beaucoup d’enfants qui entrent dans ce cadre là, qui viennent des Comores.”

P08 : “Elle vient des Comores et je ne sais pas trop quel est son lien avec les personnes qui l’hébergent. Si c’est son frère, sa tante ou qui que ce soit, je ne sais pas trop”

P08 : “ou même des enfants en situation irrégulière. Le fait que les parents soient renvoyés, ou même s’ils repartent au Comores, après une obligation de quitter le territoire français, ils laissent leurs enfants aux voisins ou voisines. Tous ces enfants, on devrait le signaler.”

P08 : “Il venait d’un quartier très pauvre où les gens ont peur de sortir et peur de venir faire le suivi pour leurs enfants parce qu’ils n’ont pas de papier. Ils ont peur de la police. [...] bah surtout le fait que les parents n’aient pas de papier et n’aient pas le droit de circuler engendre beaucoup de problèmes. Ils ont peur de sortir”

Sentiment que toutes ces circonstances s’intriquent les uns aux autres
“c’est Mayotte”

Les médecins généralistes décrivent plusieurs contextes qui se rajoutent les uns aux autres, ce qui rend la situation très complexe.

P02 : “tu vois tous les jours des gamins en situation de dénutrition, plus ou moins sévère. Encore une fois c’est difficile de savoir si c’est de la négligence ou de la maltraitance/négligence, à cause de la pauvreté [...] bah parfois des familles et des enfants qui arrivent en bateau des Comores. Les parents qui sont plus là, les enfants qui vivent chez des Tatis, vivent dans les bidonvilles [souffle] Nous c’est très compliqué en tant que soignant. C’est très compliqué. Il faut reprendre les choses de manière pluridisciplinaire. C’est pas que nous là.”

P03 : “Au delà de la maltraitance, il y a une situation, des situations catastrophiques ici : ah oui j’ai jamais vu ça. J’ai beaucoup bourlingué. Je suis même allé au Kazakhstan. J’ai vraiment jamais vu ça. Tu vois moi ici il y a un tas de choses qui m’a heurté à Mayotte”

P04 : “bah c’est la situation générale de Mayotte. C’est pour tout pareil”

P05 : “sur le dernier mois par exemple, j’ai dû faire deux informations préoccupantes. Une avec une maman qui était vraiment très négligente avec son enfant. Mais vraiment, elle a amené l’enfant vraiment tard pour se faire prendre en charge médicalement. On a expliqué plusieurs fois que [pause et se reprend], d’abord pour remettre le contexte, très important, c’est une maman seule avec beaucoup d’enfants, encore enceinte. Elle est débordée, avec un contexte social très précaire. En plus, elle avait beaucoup de mal à comprendre les choses, à comprendre qu’elle mettait en danger son enfant. Elle lui faisait boire de l’eau de pluie et ça faisait plusieurs fois qu’on lui expliquait qu’il ne fallait pas qu’elle fasse ça. On lui explique qu’il fallait aller chercher l’eau aux bornes. Beaucoup d’explications données. Au bout d’un moment l’enfant avait une dénutrition chronique probablement du fait de ses diarrhées chroniques”

P05 : “Déjà tous ces recours administratifs sont très bien organisés en métropole. Ici pas du tout. Ici la communication est catastrophique. Si on n’a pas la personne en visuel devant nous, la communication ne passe pas. Ici même un mail, même si c’est

de l'administration c'est compliqué. Donc pour des situations comme ça, ce n'est pas adapté. Le fax on ne sait jamais s'il est bien arrivé. Déjà de base le moyen de communication est mauvais. La procédure n'est pas adaptée parce que pas connue par tous. Et bien c'est bien connu dans notre formation et via la communication. Et puis surtout, il y a tellement d'enfants dans des situations précaires, qu'on est un peu perdu pour déclarer ou pas déclarer. C'est complètement noyé."

P07 : "Des parents qui seront peut-être occupés par d'autres problématiques, comme courir après des papiers où il est question de son logement, la précarité de manière générale qui est partout à Mayotte. [...] C'est difficile quand tu as un enfant qui revient et que tu relis dans son carnet qu'il y a une prise en charge de sa dénutrition et que ça ne change pas. Tu te demandes si ce sont les parents qui ne se bougent pas ou si c'est à mettre sur le dos de la précarité [...] Moi j'ai l'impression que c'est plus une problématique d'être débordé. Après, si tu as six enfants, pas de papier et que tu dois aller chercher l'eau à la borne et que tu n'as pas d'électricité à la maison, tout est compliqué. Tout est compliqué, c'est vraiment le concept de la précarité poussée à une échelle invraisemblable à Mayotte, qui influence la négligence ici. C'est pour ça que tu vois dans le modèle sociologique de Mayotte, par exemple : ce sont des grands frères qui s'occupent des petits frères, les grandes sœurs qui s'occupent des petites sœurs, ce sont d'autres manières d'éduquer les enfants et de les encadrer."

P08 : "Maintenant si on parle de violence physique simple, ça arrive. Même des enfants qu'on laisse s'affamer, ou même des enfants en situation irrégulière, le fait que les parents étaient renvoyés, ou même s'ils repartent aux Comores après une obligation de quitter le territoire français, ils laissent leurs enfants aux voisins ou voisines, et tous ces enfants on devrait le signaler."

P08 : "Et ça, tout ce que tu me dis là, ça me bouffe. Du coup en étant à Mayotte, c'est incroyable, la maltraitance est omniprésente. Une bonne partie des enfants est gardée par d'autres parents, d'autres personnes. Est-ce que leurs vrais parents sont renvoyés par la maréchaussée ? C'est tellement banal que les enfants restent

derrière. L'enfant est donc maltraité, mais à qui la faute ? Souvent ils font un enfant alors qu' il y a déjà pleins d'enfants. Il n'a pas le temps du coup de s'occuper de l'enfant en plus. On va avoir un manque psycho-affectif, puis après, le côté alimentation qui est très souvent pas rempli. Et quand il mange, on ne va pas imaginer une alimentation équilibrée, c'est tout. Et on en remarque tous les jours, et on voit ça tous les jours et on ne réalise pas d'information préoccupante sinon on n'en finirait pas. Tu vois c'est hyper compliqué, on n'en finirait pas, c'est ça Mayotte."

3. Hétérogénéité des perceptions

Cette perception du (risque de) danger est très hétérogène. Elle peut être influencée par la localisation où travaille le médecin généraliste et leur type d'exercice. Les médecins généralistes libéraux sont d'autant plus en difficulté qu'ils n'envisagent pas que leur patientèle puisse être concernée par des situations de maltraitance envers les enfants. Il persiste des préjugés sur les facteurs de risque de maltraitance, sur la maltraitance éducationnelle, ou encore des préjugés sur la culture ou la religion. Tout ceci fait que les médecins se demandent s'ils n'y aurait pas une perception différente et altérée de Mayotte, comme si le seuil de reconnaissance était différent, altéré du fait d'être à Mayotte par rapport à la métropole.

Difficultés de conceptualisation de l'enfance en danger dans la patientèle en libéral :

Les médecins généralistes travaillant en libéral se disent moins touchés par le phénomène de la maltraitance.

P02: "Moi en libéral ? non je n'ai pas eu de situation, je n'ai pas eu de suspicion ou autre."

P03 : “Si vous voulez, quand on s’installe en libéral à Mayotte on a une clientèle patientèle plutôt choisie, donc on n’a pas tellement de gens qui ne s’occupent pas de leurs enfants. Je réfléchis en même temps que je parle. C’est vrai que c’est très rare d’avoir de la maltraitance évidente. [...] bah tu vois moi j’ai quand même le biais de ma clientèle, une clientèle socioculturelle plutôt élevée.”

P06 : “Après dans ma pratique générale depuis que je suis installée en libéral, j’ai peut-être eu un ou deux doutes avec des patients, des enfants sans avoir à passer le cap du signalement ou de l’information préoccupante. [...] Après, dans le cadre de mon installation, je n’ai pas été beaucoup confronté. J’ai eu une alerte à l’examen clinique de mon collègue, mais moi je ne l’ai pas vu. Donc je le vois encore dans ma patientèle et je garde une alerte, une petite lumière dans ma tête, au cas où, mais je n’ai rien constaté. [...] Mais je sais qu’on passe souvent à côté en libéral, je connais les chiffres ils sont énormes et moi j’en ai beaucoup moins donc c’est que je dois passer à côté, je ne sais pas combien de cas mais ça doit arriver”

Perceptions différentes entre Mamoudzou et le reste de l’île :

La maltraitance semble perçue différemment en fonction de l’emplacement géographique sur l’île du médecin généraliste.

P02 : “entre le sud de l’île, où les gens ont la sécurité sociale avec beaucoup de mahorais riches, ou de classe moyenne avec des moyens, où les enfants sont suivis, par exemple avec leurs vaccinations, ils ne sont pas dénutris, je n’ai pas rencontré en cabinet libéral d’enfants en situation de négligence ou en tout cas je ne les ai pas vu [...] Alors qu’à Mamoudzou en dispensaire, ou aux urgences, ou en pédiatrie, tu vois tous les jours des gamins en situation de dénutrition plus ou moins sévère, et encore une fois c’est difficile de savoir si c’est de la négligence ou de la maltraitance/négligence à cause de la pauvreté [...] mais encore une fois ce qui se passe à Mamoudzou dans les bidonvilles ça m’échappe, comparé à ce qui se passe dans le sud, c’est deux extrêmes.”

P05 : “ah oui énormément, peut-être pas tous les jours mais très souvent. Tous les jours où je travaille à Mamoudzou. Après là en ce moment je travaille aux urgences donc ce sont les urgences, c’est différent d’un cabinet médical lambda, même en étant médecin généraliste”

Les préjugés sur les famille à risque :

Il existe encore des préjugés sur les familles à risque chez les médecins généralistes.

P03 : “on a une clientèle patientèle plutôt choisie, donc on n’a pas tellement de gens qui ne s’occupe pas de leurs enfants. [...] Après des enfants battus je n’en ai pas eu. Je trouve que les mamans sont très mères, et il y a beaucoup de pères attentifs. [...] Les mères sont souvent dépassées, parce qu’il y a beaucoup d’enfants. Souvent le père est parti avec une autre femme. Elles sont dépassées par la charge de travail. [...] bah tu vois moi j’ai quand même le biais de ma clientèle. Une clientèle socioculturelle plutôt élevée.”

P06 : “Après je fais très attention aux mineurs isolés qui sont placés. J’en ai plusieurs en famille d’accueil. Ça, ce sont des contextes de vulnérabilité où il faut être vigilant. Ils ont un parcours de mineurs placés et on sait très bien que ce sont des critères de vulnérabilité. Ils sont plus à risque de maltraitance et de violence, même si ça existe dans toutes les classes de la population.”

L’éducation comme prétexte à la violence légitime :

Les médecins peuvent aussi accepter certaines maltraitances et ne pas les prendre comme telles sous prétexte d’éducation.

P01 : "Je ne sais pas si c'est le fait qu'il se soit barré sans ... sans le dire, ce qui m'a fait dire que le père a peut-être une excuse pour faire ce qu'il a fait même si ce n'est pas une excuse pour faire ce qu'il a fait. Voilà, parce qu'après si on ne fait rien les gosses sont dans la rue et ils caillaient, enfin, après on ne peut pas dire qu'il y a trop de violence à Mayotte et que les parents ne tiennent pas leurs enfants. Il n'y a pas assez d'éducation et puis en même temps même si c'est mal fait c'est quand même fait."

P03 : "J'ai pu en avoir lorsque je travaillais à l'hôpital. Je me souviens lorsque j'étais en train de recoudre un enfant, il bougeait beaucoup. Mais c'est normal comme un enfant qu'on va recoudre, qu'il ne veut pas qu'on le touche. Et là, le père me dit « laissez-moi faire ». Il sort avec l'enfant et lui met une grosse rouste. L'enfant est revenu, il n'a plus rien dit. Là, on s'est demandé si ça arrivait souvent. [...] bah on peut penser qu'il y a une espèce d'autorité ou d'autoritarisme dans l'éducation."

Les a priori sur la culture et la religion:

Il existe également des préjugés sur la culture et la religion.

P03 : " ici c'est un petit peu compliqué du fait de la culture, [...] j'ai recousu l'enfant puis j'ai parlé avec le père. Et le père m'a dit " c'est moi qui décide, c'est moi qui l'élève. Donc s'il a besoin d'une tannée, il aura une tannée." Pour lui c'était ce qu'il fallait faire. Je pense que c'est culturel peut être. [...] Je pense qu'ils les laissent se mettre en danger parce qu'ils n'ont pas d'autorité. Ils estiment que l'enfant ne comprends pas, parce qu'il est trop petit"

P05 : "Il y a des a priori et on n'a pas culturellement, pas forcément le même relationnel parent-enfant ici, par rapport à chez nous. Il n'y a pas la même marque d'affection, de la même manière de le montrer, la même manière de parler. On peut croire qu'il y a moins de douceur et moins de discussion entre le parent et l'enfant. C'est même l'intonation ici. C'est vrai que ça parle fort, ça crie très facilement. Je ne

pense pas du tout qu'il y ait une violence verbale comme on pourrait le croire au premier abord."

P06 : "La part culturelle est énorme. Après franchement les histoires de personnes métropolitaines qui expliquent ce qui se passe là-bas sont toutes aussi horribles. Tout aussi in-compréhensible que ce qu'on peut entendre ici à Mayotte. "

P07 : "mais souvent les gens sont occupés à pleins d'autres choses et n'ont pas le même degré d'urgence vis-à-vis de ça, pas les mêmes attentes que les parents métropolitains qui ont un ou deux enfants."

P08 : "tu sais ici les gens ne se dévoilent pas beaucoup. C'est le poids de la famille. La culture fait qu'il ne se dévoile pas beaucoup, maintenant un peu plus grâce aux campagnes de communication."

P03 : "J'ai aussi le sentiment que les enfants sont maltraités par les gens qui leur font la religion le matin. Alors je ne sais pas si on peut dire maltraité mais c'est vrai que je pense qu'il y a souvent des sévices corporels. On m'a souvent dit que si tu récites pas bien comme il faut, tu peux te prendre un coup [...] Comme si on laissait pas trop de place à l'expression de l'enfant. On m'a déjà rapporté que pendant les cours à l'école coranique les enfants se prenaient des coups de badine. [...] Après dans la religion musulmane, ou en tout cas ici, si un enfant meurt c'est tout. C'est comme ça. Il a rejoint Allah. C'est tout on n'en fera un autre. C'est pas le même attachement qu'on pourrait y mettre."

Seuils de reconnaissance et de prise en charge de la maltraitance altérés, souvent plus bas qu'en métropole. "c'est Mayotte" :

Les médecins sont déstabilisés face à la situation de Mayotte, et à plusieurs reprises discutent de la notion de "seuil" ou encore de la manière de voir la maltraitance comme différente qu'en métropole.

P01 : "Et en métropole on pourrait penser qu'un enfant qui tombe d'un arbre à sept ans pourrait être de la négligence. Alors qu'ici, tu peux les voir courir sur les toits ou cueillir du jasmin en haut d'un arbre ou je sais pas quoi. Ou il est tombé de la terrasse et on leur demande « mais vous n'avez pas de barrière » et on nous répond « bah non, on est en train de construire l'étage ... »" Enfin ce qui n'est pas logique et normal ailleurs et bien à Mayotte c'est différent. La perception des choses n'est pas facile à Mayotte."

P02 : "Je me posais justement la question sur ce sujet, par rapport à la maltraitance surtout à Mayotte. Parfois la limite est difficile. C'est souvent borderline. On ne sait pas si on doit faire un signalement ou une information préoccupante.[...] Est-ce que les seuils sont différents de ceux de métropole ? C'est ça, ça dépend de plein de choses, ça peut être subjectif en fait. [...] Mais du coup je m'étais posé la question à rechercher cette différence entre l'information préoccupante et le signalement. Et pour l'information préoccupante à partir de quand on pouvait en parler à Mayotte dans le contexte de cette pauvreté : 80 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Est-ce qu'il faut garder le même seuil qu'en métropole sachant qu'on est en France ? Ou malheureusement revoir un peu nos critères à la baisse et peut-être nous-mêmes être parfois un peu négligent sur nos déclarations? [...] Il faut des protocoles adaptés à Mayotte avec des seuils peut-être plus ou moins différents. Mais c'est compliqué de dire ça parce qu'on rentre presque dans de l'éthique. C'est difficile de se dire qu'on doit abaisser les seuils, mettre à la baisse nos exigences."

P03 : "Donc c'est vrai que le mot maltraitance est plus adapté à notre civilisation, entre guillemets. Je veux dire parce que c'est vrai que nous sommes en France ici. Il

ne faut pas l'oublier. [...] Tu vois c'est pas du tout la même façon de fonctionner. La maltraitance de l'enfant ici c'est pas tout à fait la même signification."

P05 : "Donc je pense que beaucoup de choses passe à l'as. On n'a pas le temps et on n'est pas focalisé là-dessus. Quand c'est un petit truc, une petite négligence, on se dit "c'est tout, ça va aller," et en plus sans suivi comme en métropole on se dit "c'est tout, de toute manière ça va passer"."

P07 : "Devant un enfant dénutri je ne suis pas sûre que sur ce type de cas il faille forcément faire une information préoccupante ou un signalement. Généralement, la première fois, tu essayes de discuter avec les parents et de mettre les services sociaux et la Croix Rouge sur le coup. Après si ça fait trois fois effectivement, il y a un problème. Je pense que chaque cas est différent et nécessite un entretien approfondi."

P08 : "Mayotte tout est compliqué, les choses ne sont pas faites jusqu'au bout. On ne comprend pas vraiment ces situations. En métropole devant ces situations on ferait directement une information préoccupante au minimum. [...] Bah tu sais bien, on l'entend tout le temps. Ici, il y a plein de choses qu'on accepte. Donc la maltraitance aussi. On ne va pas plus loin parce que c'est Mayotte. Ca n'ira pas plus loin."

D'autres résultats accessoires, ne répondant pas à l'objectif de notre étude, sont disponibles en Annexe 2.

III. Discussion :

Forces et limites de l'étude

L'obtention de la suffisance théorique des données a été obtenue avec un échantillon de population de 8 participants. L'âge moyen des médecins interrogés exerçant à Mayotte est de 45 ans (avec des âges extrêmes de 30 et 67 ans). Notre échantillon compte 62.5% de femmes. Selon l'atlas de la démographie médicale de 2020 (17), l'âge moyen des médecins exerçants à Mayotte est de 50 ans avec 36% de femmes. De plus, 50% des médecins interrogés dans notre étude travaillent en libéral, alors que la proportion de médecins libéraux exerçant à Mayotte est de 16,5% (17). Ainsi, notre étude n'est pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes exerçant à Mayotte. Cependant, nous avons choisi des médecins généralistes par échantillonnage raisonné afin d'obtenir un panel le plus varié possible, et avec des exercices différents. En effet le but d'une recherche qualitative est d'avoir une diversité d'expérience pour comprendre le phénomène, donc de prélever un échantillon utile à l'étude et non pas d'être représentatif.

Le caractère individuel de nos entretiens a permis d'aborder ces sujets délicats de la manière la plus adéquate possible. La plupart des entretiens se sont déroulés hors du lieu de travail des médecins. Deux entretiens se sont déroulés au domicile des médecins, un dans un dispensaire hors du lieu de travail, deux à la cafétéria de l'hôpital de Mamoudzou. Cela a permis d'être dans un environnement détendu, sans contrainte, avec l'avantage de favoriser un échange plus convivial. Deux entretiens ont été réalisés en cabinet et un autre dans une caserne de pompiers, ce qui permettait d'être dans un environnement familier mais avec certaines contraintes (temps limité, appel téléphonique, interruption par secrétaire, par des alarmes de pompier, ...).

Nous avons appuyé sur le fait que les interviews n'avaient aucune valeur de jugement ou d'évaluation. Cependant, certaines réponses peuvent avoir été influencées par l'embarras éprouvé par les médecins interrogés, par une sensation

de jugement et de recherche d'une validité des réponses attendues, intentionnellement ou non, ce qui peut constituer un biais de désirabilité sociale. De plus, en faisant appel à la mémoire des médecins à propos de situations de maltraitance, il est possible que les récits ne soient pas tous exhaustifs ou exacts.

Afin d'éviter le biais de confirmation d'hypothèse, j'ai tenté de déconstruire mes propres a priori. J'ai réalisé les entretiens de la façon la plus ouverte possible, en commençant par une question brise glace afin d'instaurer un climat propice à notre entretien, pour orienter la discussion sur notre sujet tout en ancrant le participant dans son expérience réelle. J'ai relancé les discussions après des temps de silence par des questions ouvertes, en demandant de préciser leur propos afin d'approfondir les idées. Cependant, j'ai pu à plusieurs reprises poser des questions plus fermées ayant pu orienter les réponses des médecins interrogés. Mon manque d'expérience a pu augmenter ce phénomène.

Nous avons respecté les règles de la méthodologie qualitative avec une retranscription intégrale des entretiens et une analyse détaillée des verbatims. L'analyse a été faite en regroupant par axe puis par thématique des fragments de discours nous faisant sens. Ce regroupement a été fait de façon subjective en fonction de notre compréhension de la situation et des dires des médecins rencontrés. Nous avons diminué ce phénomène grâce à la triangulation des données.

Ce sujet a déjà été étudié dans d'autres départements. En effet depuis quelques années nous voyons un intérêt grandissant concernant l'Enfance en Danger par le corps médical. Il me paraissait intéressant de mener cette étude à Mayotte, qui n'avait pas encore été réalisée, Mayotte étant un territoire particulier sur de nombreux points.

Au fil des entretiens, nous avons eu l'impression que cette étude a été bien reçue par les participants. Cela a permis à certain de commencer une réflexion à propos de

la maltraitance. Ils nous ont même demandé de leur envoyer nos résultats une fois terminé.

Discussion des résultats

Tous les médecins généralistes ont pu nous décrire une ou plusieurs situations de maltraitance dans leur pratique. Cela démontre que si la maltraitance n'est pas une problématique quotidienne, elle n'en reste pas moins un sujet récurrent dans leur activité. Notre réflexion sur la maltraitance est partie de leurs expériences. On en a extrait ce que l'on a estimé pertinent sur leur vision de la maltraitance. Tout d'abord on a pu voir que c'est un sujet très complexe comme l'a dit le Médecin P03 *"C'est super ton sujet, c'est bien, mais c'est vrai que c'est compliqué."*

1. Préjugés et biais cognitifs

Il y a une violence à Mayotte qui est connue et décrite dans la littérature scientifique [\(18\)](#) [\(19\)](#). En effet d'après l'insee "7 % des personnes de 14 ans ou plus en ont été victimes de vols avec violences ou menaces, soit dix fois plus qu'en France métropolitaine." On apprend également que "une personne sur dix a subi une violence physique au cours des deux dernières années." Pourtant, les médecins généralistes travaillant à Mayotte perçoivent le phénomène de maltraitance comme rare au premier abord. Ce sentiment de rareté semble venir du fait que la maltraitance est réduite à ce qui est évident, ce qui est criant, ce qui est grave. Comme le dit bien le médecin P03 "C'est vrai que c'est très rare d'avoir de la maltraitance évidente." La maltraitance est réduite à la violence physique, aux agressions sexuelles et à la malnutrition. On voit que les autres types de maltraitements, comme la négligence, semblent peu prisés en compte et restent invisibles pour les médecins. Même si certains ont conscience qu'ils passent à côté de cas de maltraitance, comme le souligne le médecin P06 : *"je connais les chiffres. Ils sont énormes. Et moi j'en ai beaucoup moins donc c'est que je dois passer à côté. Je ne sais pas combien de cas mais ça doit arriver"*. A contrario, d'autres sont

convaincus qu'ils ne sont pas concernés par la maltraitance en dépit des données épidémiologiques récentes disponibles. (4)

Il persiste de nombreux préjugés chez les médecins généralistes, concernant la maltraitance, comme l'idée reçue qu'elle est plus fréquente dans les milieux modestes et épargne les milieux favorisés (20). Ce phénomène est corroboré par les précédentes études. (21) Cela explique pourquoi les médecins travaillant au contact d'une population précaire (c'est à dire en dispensaires ou à Mamoudzou) ont une vision différente de ceux travaillant au contact d'une population plus aisée (c'est à dire en exercice libéral ou loin du chef-lieu de Mamoudzou). Une étude a même démontré que les médecins hésiteraient plus à signaler la maltraitance chez des familles d'un statut social aisé, malgré l'accumulation d'arguments (22).

On peut voir dans notre étude que les préjugés ne s'arrêtent pas aux préjugés sur les familles à risque. En effet ici s'ajoutent les préjugés sur l'éducation, la culture et la religion. Tous ces préjugés qu'ont les médecins sur leurs patients et sur la population mahoraise plus largement, empêchent de voir des situations de maltraitance comme telles et donc d'agir en conséquence. Les médecins font face à des phénomènes qu'ils ne semblent pas toujours comprendre. Comme 70% des situations en consultation de médecine générale, ils font face à l'incertitude (23). Devant ces incertitudes, ici la maltraitance, ils vont faire face à leur propres biais cognitifs. Aussi appelées « illusions cognitives », ce sont un ensemble d'erreurs de raisonnement qui diffèrent du simple oubli ou de l'erreur de calcul (24). Les biais cognitifs sont observables lorsque, dans une certaine situation, un sujet commet une erreur de raisonnement en recourant à une heuristique (un raccourci mental) plutôt qu'à une loi logique et forme ainsi une croyance injustifiée, voire fausse : ici nos préjugés. Il en existe plusieurs dizaines de biais décrits dans la littérature (25), mais nous n'allons pas faire une liste exhaustive. Ils font par exemple face à la conclusion prématurée : c'est-à-dire "l'acceptation sans réserve d'un diagnostic initial et le défaut de rechercher des renseignements qui remettront en question le diagnostic provisoire ou encore d'envisager d'autres diagnostics." Henry Kempe disait qu'il était « *consterné de voir de brillants jeunes médecins inventer n'importe quel diagnostic*

pour éviter celui que les lésions présentées par un enfant rendaient absolument criante ». Il ajoutait quelques années plus tard « *le dénominateur commun était le déni de la maltraitance par ces jeunes et bons médecins qui ne pouvaient tout simplement pas concevoir la réalité des faits de la vie* » (26). On retrouve dans l'ensemble de la population et chez les médecins un véritable déni de la maltraitance. Il est tellement marqué dans notre profession que des auteurs américains ont pu parler « d'aversion de voir » (27).

2. "C'est Mayotte"

On le sait, la situation de Mayotte est hors norme. Les médecins ne se trompent pas lorsqu'ils décrivent leurs perceptions vis à vis de la pauvreté et de la précarité. En effet Mayotte est le territoire d'europe le plus pauvre, avec une immense majorité des habitants, c'est à dire 77 % vivant sous le seuil de pauvreté national. Soit cinq fois plus qu'en métropole (28). Les médecins ne se trompent pas non plus lorsqu'ils parlent de violence sociale avec des chiffres dépassant largement ceux de la métropole (19). Toutes ces situations sociales et cette pauvreté les amènent à avoir un réel débat interne et une remise en question sur ce qu'est la négligence et comment faire la différence avec la pauvreté. Le médecin *P02* se pose la question concrètement : *"bah est-ce que c'est la pauvreté qui amène cette négligence ? Est-ce que cet état même de pauvreté est de la négligence ?"* Ceci n'est pas quelque chose de spécifique à Mayotte car même la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide "Maltraitance de l'enfant: repérage et conduite à tenir" (16) précise qu'il peut être difficile de distinguer la négligence de la pauvreté. La maltraitance envers les enfants et sa relation avec le milieu social demeure une question polémique et non résolue dans la littérature scientifique (29). Mais surtout, on voit que cette pauvreté venant du contexte social, démographique et politique semble engendrer tous les maux de Mayotte. Comme le dit le médecin *P08* : *"Et ça, tout ce que tu me dis là ça me bouffe. Du coup ,en étant à Mayotte, c'est incroyable, la maltraitance est omniprésente partout à Mayotte"*. Cette misère est perçue par les médecins comme maltraitante. Cette pauvreté est vécue comme violente. Comme le souligne encore le médecin *P05* : *"Bah la situation précaire met l'enfant en danger et en même temps*

on ne veut pas condamner les parents, parce qu'ils ne sont pas responsables de cette situation précaire. Ils la subissent tout autant. C'est hyper délicat en tant que médecin de se positionner là-dedans". Cette violence sociale relève t-elle de la médecine ?

Ce qui amène les médecins à se poser la question d'un seuil. Un seuil de reconnaissance de la maltraitance qui serait adapté à Mayotte. Ils disent que beaucoup de ces situations sociales seraient signalées ailleurs, mais ici "c'est Mayotte". Ils voient ces situations comme des situations (à risque) de danger pour les enfants, donc maltraitantes mais ne peuvent se résoudre à l'étiqueté comme tel. Sinon il faudrait les traiter comme tel et donc réaliser les informations préoccupantes et les signalements. Le médecin *P05* l'explique bien : *"Et puis surtout il y a tellement d'enfants dans des situations précaires, qu'on est un peu perdu pour déclarer ou pas déclarer, c'est complètement noyé."* Ce seuil de négligence non intentionnel dû à la situation sociale a été montré du doigt par l'HAS qui précise bien que "la prise de décision dans des situations de négligence apparente peut être très difficile. Des seuils sont délicats à établir. Il est essentiel de placer l'enfant au centre de l'évaluation." (20) L'HAS propose de suivre des recommandations de la NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) qui recommande d'envisager une négligence devant par exemple "des vêtements ou des chaussures constamment inadaptés", devant un enfant qui "est continuellement sale ou sent mauvais.", devant un enfant avec "une alimentation inadéquate" ou encore devant un enfant vivant dans "un environnement dangereux par rapport au développement de l'enfant." Ceci n'est que quelques exemples de la liste de recommandations de la NICE. On imagine bien qu'elles ne semblent pas adaptées à Mayotte qui a, parmi sa population pauvre (77%), près de la moitié qui ne disposent que de très bas revenus. C'est à dire moins de 160 euros par mois. (28) Ou encore lorsqu'on apprend que selon l'Insee, 65% des étrangers vivant à Mayotte (et qui représentent près de 50% de la population de Mayotte) habitent dans des bangas : des maisons en tôles. Ou encore, toujours selon l'Insee, que les deux tiers des logements de Mayotte sont dépourvus d'un des trois éléments de confort sanitaire de base, que sont l'eau courante, une baignoire ou une douche, et des toilettes à l'intérieur du

logement. (30) Il faut absolument revoir les recommandations et les contextualiser à Mayotte pour ne pas perpétuer la situation dans laquelle on est et avoir des bons médecins qui se disent comme nous l'a dit le médecin P08 : *“bah tu sais bien, on l'entend tout le temps. Ici il y a plein de choses qu'on accepte. Donc la maltraitance aussi, on va pas plus loin parce que c'est Mayotte. Ca n'ira pas plus loin.”*

3. Implications pour la pratique

Les perceptions des médecins généralistes vis-à-vis de la maltraitance sont complexes, diverses et hétérogènes, sauf sur les perceptions contextuelles. Ils semblent avoir une lecture commune de la triste réalité sociale de Mayotte. L'objectif de notre étude était de mieux comprendre les perceptions des médecins généralistes dans le but d'appréhender ce qui les motivent à prendre en charge ou non la maltraitance infantile. On imagine bien que les perceptions que nous avons soulignées n'incitent globalement pas à la réalisation des démarches d'alertes. Nous pensons, dans un premier temps, qu'il faut revenir à la base, c'est-à-dire définir le terme de maltraitance. Comme le dit le Dr Anne Tursz : *“sa définition doit être précise et consensuelle, fournissant ainsi les indicateurs utiles au repérage et à la mise en place des stratégies d'intervention et à leur évaluation.”* (31)

La définition de la maltraitance selon l'OMS est la suivante : *“la maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligence, 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 un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir.”* (3) Certaines études, publiées dans *The Lancet*, ont utilisé une autre définition : *“tout acte commis directement ou par omission par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant pas besoin d'être intentionnel”*, ce qui se rapproche de la définition du danger.

Il faut former les médecins, par tous les moyens, sur ce qu'est la maltraitance. Cependant, ce n'est pas suffisant. On le comprend bien au regard des entretiens. Comme le dit le médecin P03 : *“Donc c'est vrai que le mot maltraitance est plus adapté à notre civilisation, entre guillemets, je veux dire parce que c'est vrai que nous sommes en France ici, il ne faut pas l'oublier. [...] tu vois c'est pas du tout la même façon de fonctionner. Maltraitance de l'enfant ici c'est pas tout à fait la même signification.”* Les limites doivent être claires, pour que les médecins ne puissent plus passer à côté. Il faut que les médecins comprennent les concepts de maltraitance et de danger pour pouvoir introduire la notion de facteurs de risque et donc la voie à la prévention primaire.

Un groupe de travail pourrait être constitué avec tous les acteurs de la protection de l'enfance à Mayotte. Le travail que nous venons de réaliser pourrait être soumis à la réflexion afin d'amorcer le dialogue et d'apporter des pistes de réflexion. En effet, il faudra discuter des critères qui amènent les médecins généralistes à réaliser les démarches : les informations préoccupantes et les signalements. Comme le dit le médecin P02 *“Il faut des protocoles adaptés à Mayotte, avec des seuils peut-être plus ou moins différents. C'est compliqué de dire ça parce qu'on rentre presque dans de l'éthique. C'est difficile de se dire qu'on doit abaisser les seuils, mettre à la baisse nos exigences.”* Grâce à cela les médecins pourront avoir des outils de dépistage, comme des protocoles simples ou des grilles d'évaluation, dans lesquels on pourra leur rappeler tout d'abord les messages clefs de l'HAS : (20)

- La maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit
- Elle existe dans toutes les classes sociales,
- Il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale

Puis on pourra y ajouter la prise en compte des spécificités culturelles de Mayotte et les différentes situations rencontrées avec des solutions. Après ces réflexions nous trouverons des clefs pour prévenir et prendre en charge la maltraitance. Tout cela, sans baisser nos exigences, mais en les adaptant à Mayotte.

Par ailleurs, d'autres études complémentaires pourraient-être réalisées afin de savoir si les résultats de ce travail sont propres à Mayotte en comparaison à d'autres territoires ultramarins défavorisés comme La Guyane ou la Polynésie française. De même, il serait intéressant de voir ce qui en est des autres spécialités médicales ou professions telles que les enseignants, potentiellement aussi confrontés aux difficultés de repérage de la maltraitance infantile à Mayotte.

IV. Conclusion

Malgré le rôle important qui leur est attribué dans la prévention de la maltraitance infantile, les médecins généralistes signalent et détectent encore trop peu les cas. En effet, les cas de suspicion de maltraitance infantile engagent les médecins généralistes dans un processus complexe et inconfortable. Grâce à la méthode de recherche qualitative par théorisation ancrée, notre étude suggère l'existence des biais perceptifs de la maltraitance infantile par les médecins généralistes à Mayotte. Nous avons constaté, comme dans de précédentes études, cette "aversion de voir" des médecins généralistes. La maltraitance n'est pas reconnue comme telle. Les préjugés s'entremêlent aux biais cognitifs qui entravent les médecins de voir et apprécier sans une trop forte implication émotionnelle les situations de maltraitance. Nous avons constaté que la maltraitance est perçue différemment en fonction du lieu de travail et du type d'exercice.

Nous avons pu souligner à quel point le contexte social, influencé par l'histoire, l'immigration massive, la politique et la pauvreté, pouvait influencer sur les perceptions des médecins généralistes. Tout cela étant le plus souvent un frein à la rédaction des démarches d'alertes. Il en est ressorti la notion de seuil de maltraitance. Un seuil qui paraît très subjectif en fonction des différents médecins et qu'il serait intéressant de discuter avec les différents acteurs de la protection de l'enfance afin de créer des outils adaptés à la situation exceptionnelle de Mayotte, dans le but d'améliorer la prévention et la prise en charge de la maltraitance infantile.

Pour finir, nous pensons qu'il serait intéressant d'utiliser les résultats en Annexe 2 afin de discuter de la vision des médecins généralistes de Mayotte sur le système de protection de l'enfance, leurs difficultés face au doute, face au dépistage, face à la prise en charge de l'enfant en danger, etc. Toutes ces données pourraient être utilisées pour comprendre plus largement quels sont les freins et motivations à la réalisation des démarches d'alertes par les médecins généralistes à Mayotte.

V. Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254897>
2. Gérard M La maltraitance des enfants Comment les Français se représentent-ils la maltraitance des enfants? Dans quelle mesure y ont-ils déjà été confrontés ? [Internet]. 2017. Disponible sur: http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/Rapport-Harris-2017-La_maltraitance_des_enfants-Enfant_bleu.pdf
3. Définition de la maltraitance. L'Enfant Bleu. 2018. Disponible sur: <https://enfantbleu.org/definition-de-la-maltraitance>
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet Lond Engl. 3 janv 2009;373(9657):68-81
5. Chambre régionale des comptes de Mayotte. RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES Département de Mayotte Aide sociale à l'enfance. 2016.
6. Les droits de l'enfant s'arrêtent-ils aux portes de Mayotte ? - Outre-mer Disponible sur : <https://la1ere.francetvinfo.fr/droits-enfant-s-arretent-ils-aux-portes-mayotte-799101.htm>
7. Enfants victimes de maltraitements en France, les chiffres ! | justifit.f Disponiblesur:<https://www.justifit.fr/b/guides/droit-penal/enfants-victimes-maltraitements-france/>
8. Hanaoui-Atif HE. Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes. :112.
9. Observatoire national de la protection de l'enfance. Les chiffres clés en protection de l'enfance 2019. <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>.
10. Halidi A. Première étude de l'office départemental de protection de l'enfance à Mayotte. 2022.
11. Jacquemart J, Mersch PA. La vision du système information préoccupante/signalement par les médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges : étude qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la démarche des médecins généralistes face aux situations d'enfance en danger Université de Lorraine; 2019 Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297867>

12. Bellay F. Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger. 10 nov 2021;74.
13. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4
16. Tursz A. The consequences of child abuse on physical and mental health in adulthood: an epidemiological approach to public health. Rev Francaise Aff Soc. 31 juill 2013;(1):32-50
17. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
18. Meloche V. Mayotte : une île métissée en crise d'identité. L'Autre. 23(1):4-6.
19. Une délinquance hors norme - Insee Analyses Mayotte - 30 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763061>
20. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir . Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
21. Emilie Mataigne Weisse. Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. fahal-01734227f
22. Flaherty EG, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. Child Abuse Negl. 1 sept 2004;28(9):939-45.
23. Gana W, Franck DG, Benoît DT. La prise de décision médicale à l'épreuve des biais cognitifs et heuristiques mentales. :15.
24. Les biais cognitifs, analyse philosophique (approfondissement) [Internet]. Psychologue, psychothérapeute Crêts en Belledonne. Disponible sur:

<https://ludovicgadeau-psychotherapie.com/les-biais-cognitifs-analyse-philosophique-approfondissement/>

25. Schnapp BH, Sun JE, Kim JL, Strayer RJ, Shah KH. Cognitive error in an academic emergency department. *Diagn Berl Ger.* 25 sept 2018;5(3):135-42.

26. Tursz A. Les violences faites aux enfants. :4.

27. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl.* 1 avr 2005;29(4):307-9.

28. Les inégalités de niveau de vie se sont creusées - Insee Analyses Mayotte - 25 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622454>

29. Desquesnes G. Pobreza de las familias y maltrato de los niños: estado de la investigación, una cuestión no resuelta. *Sci Educ - Pour Ere Nouv.* 2011;44(3):11-34

30. Des conditions de logement éloignées des standards nationaux - Insee Analyses Mayotte - 11 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2421929>

31. Tursz A. La maltraitance : essai de définition. *Cah Justice.* 2018;1(1):39-46.

32. World Health Organization. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2006. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43686>

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Présentation du chercheur et du thème de l'étude

2. Présentation du participant

Age, Sexe, parentalité, mode exercice, activité secondaire, formations complémentaires réalisées, part estimée pédiatrie dans activité, installation

3. Expérience(s) personnelle(s)

Cas de maltraitance, types, gestion, Difficulté(s) rencontrée(s), contacts, Suites Modification activité en consultation, Expériences de suspicion de maltraitance dans l'entourage d'un patient et gestion, Contacts avec des professionnels de la Protection de l'Enfance - Expériences d'adultes évoquant de la maltraitance subie durant l'enfance

4. Relation médecin patient-enfant

Type(s) de relation avec les patients, Impact sur pratique avec patient/avec parent(s) et enfant(s), Impact absence du/des parent(s) en consultation, Impact de la parentalité du médecin avec les patients, place de la culture du médecin et du patient

5. Place du médecin généraliste dans la protection de l'enfance

Rôle du médecin généraliste dans le suivi des enfants, dans le dépistage de la maltraitance, dans le système de Protection de l'Enfance

6. Vision du système de protection enfance à Mayotte

Relation avec les professionnels de la Petite Enfance, Rôle des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de Protection Maternelle et Infantile/contacts et relations avec ses services, Avis concernant les démarches d'alerte, Avis concernant le système de Protection de l'Enfance et les axes d'amélioration à envisager, Avis concernant l'intérêt d'un médecin référent en maltraitance et éventuellement structure à laquelle le rattacher, Avis concernant les besoins en formation sur le thème de la Petite Enfance/ la Protection de l'Enfance, calquer le système métropolitain à Mayotte

7. Parole libre et suggestion(s) pour améliorer nos pratiques

Annexe 2 : Résultats secondaires

L'intuition pour faire face à l'enfance en danger

De plus, la barrière de la langue n'arrange pas les choses, et le contexte d'urgence des prise en charge médicale fait que souvent ils ne pensent pas à la maltraitance. Face à ces difficultés d'évaluation et de doute, les médecins privilégient une approche intuitive tant pour prévenir que pour dépister.

La barrière de la langue :

P01 : "en plus avec la barrière de la langue. Tu vois toutes ces questions là c'est très compliqué, [...] Par exemple la négligence c'est compliqué si on te le rapporte pas si quelqu'un te le rapporte pas c'est très compliqué. En plus il y a aussi la barrière de la langue, est-ce qu'il parle pas parce qu'en fait il a un retard ou parce qu'il veut pas me parler ou parce qu'il a peur de la Muzungu, la peur du médecin blanc ? Il y a plein de trucs plein de difficultés qui se passent dans ta consultation [...] Le nombre d'enfants qui ont peur de toi quand tu vas les ausculter ou qui sont complètement mutiques, qui répondent pas ou euh [pause] et tu sais pas si c'est parce qu'il ne parle pas français ou qu'il est timide et qu'il ne veut pas parler c'est compliqué et tu as toujours le timing derrière toi."

P02 : "c'est assez délicat, il faudrait expliquer aux parents, mais oui je n'avais pas beaucoup expliqué à la maman, mais c'est pas toujours facile comme par exemple ici la maman ne parlait pas très bien français"

P05 : "En plus assez souvent c'est des mamans qui percutent pas grand-chose, parce qu'elles sont débordées et parce qu'il y a la barrière de la langue simplement."

P07 : "je lui ai demandé si elle comprenait que ce n'était pas normal, Elle m'a répondu qu'il n'avait rien fait de mal donc je lui ai demandé si elle avait été consentante, Elle me dit que oui mais après je lui demande si elle sait ce que ça veut dire que d'être consentante, tu es jeune tu as 14 ans, c'était compliqué mais en tout

cas; elle était vraiment maltraitée par sa tante vu ce qu'elle m'a raconté. Nous on l'a signalé devant ce qu'il se disait avec l'oncle et ce qu'elle rapporter avec sa tante."

La maltraitance oubliée face à l'urgence :

P01 : "mais quand t'es dans un contexte d'urgences tu prends ce que tu vois et tu te poses pas toujours plus de questions. tu vas pas plus loin. "

Difficultés d'évaluation du (risque de) danger :

P01 : "oui du coup on se pose pas toutes ces questions et on va pas toujours chercher plus loin que ce qui nous est amené devant les yeux. Même tu vois je repense à ça: il doit y avoir pleins de gosses maltraités, quand tu les vois aux urgences, qu'ils se sont cassé un bras bah tu te poses pas la question, ils te disent qu'ils sont tombés d'un muret ou d'un arbre et tu prends ça comme ça, je sais pas, on sait pas."

P02 : "si tu fais une erreur par excès, est-ce que tu es sûr de pas faire une erreur par excès ? Est-ce que ta suspicion est bien objective ?"

Difficultés dans le dépistage du (risque de) danger :

P01 : "dans un contexte où la femme s'est fait taper dessus et les enfants ont reçu des coups, mais des enfants qui se sont fait battre tout seul ça m'est pas arrivé en consultation ou aux urgences, même voir des hématomes sur les gosses, en plus sur peau noire, pour lesquelles je me suis posé des questions si il s'est passé quelque chose ou pas ça m'est jamais arrivé, ça m'est pas arrivé souvent, j'ai moins eu à me poser des questions ou à voir les choses. [...] si il ne vient pas pour un motif autre qui peut te permettre de te dire tiens il a des troubles du sommeil il a une énurésie, un truc qui te permet de demander bah tiens qu'est-ce qu'il se passe à la maison est-ce

que tu as eu un traumatisme et bien finalement tu peux passer à coté sans t'en rendre compte."

P03 : " Mais c'est vrai que j'ai beaucoup d'enfants qui ont peur de répondre, ils ont même peur de me dire juste leur nom prénom, leur âge et quelle classe ils sont, avec cette impression qu'on va leur donner des baffes"

Difficultés dans la gradation du (risque de) danger :

P02 : "Sauf que la personne qui la maltraitait n'était plus là donc nous n'avons pas réalisé de signalement. On l'a prise en charge du point de vue dénutrition mais pas d'un point de vue social"

L'attitude de chacun pour décider de la conduite à tenir face à une incertitude est variable. Ils ont des difficultés face aux doutes, le doute peut bénéficier à l'enfant ou parfois empêcher la prise en charge.

Quand le doute empêche la prise de décision :

P01 : "ba oui je sais pas non plus, [haussement d'épaule] faire une IP plutôt ? Un signalement ? je ne sais pas."

P05 : "Avant je me disais mince j'ai mis la famille dans une situation délicate, c'est pas bien"

P06 : "Je me souviens avoir échangé avec le chef de clinique parce que j'étais encore interne, seule question qu'il m'a posé «comment peux-tu être sûre qu'elle a eu un attouchements ou un viol? » et je n'ai je ne peux pas être complètement sûre mais une enfant de 12 ans épilee c'est bizarre encore plus à Mayotte, au niveau du pubis ce qui est à Mayotte complètement paradoxal avec le maintien de la virginité etc. J'avais même l'impression qu'il y avait une sorte de complicité intra familiale"

donc j'étais complètement meurtri face à cette situation je ne comprenais pas. Et le médecin me demandait pourquoi tu penses qu'il faut aller jusqu'au bout de la démarche, il m'a qu'il n'a pas du tout pensé à ça lors de son interrogatoire

P07 : " Et de toute manière si on constate la maltraitance c'est assez facile on fait un signalement, c'est Lorsque'il y a doute que c'est plus compliqué et que là on fait ou pas, pour une information préoccupante, la barrière est plus fine"

Quand le doute bénéficie à l'enfant :

P04 : "N'empêche il existe quand même une petite suspicion et j'espère bien revoir la maman rapidement pour approfondir cette situation."

P05 : " je pense que je suis de plus en plus sûre de moi dans ce genre de plus prise en charge, au début je pouvais me dire bon c'est tout je laisse tomber, maintenant l'information préoccupante je la dédramatise. Je me dis au pire je me suis trompé. [...] maintenant je me rends compte que globalement si il y a un doute il vaut mieux lever le doute en faisant l'information préoccupante qu'en la faisant pas et en se disant bof on verra bien. [...] le doute doit bénéficier à l'enfant.

P06 : "tu as un doute qui reste à chaque étape, et même au moment de l'examen clinique tu te demande toujours qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que je fais pas est-ce que ça a déjà été fait est-ce que ça n'a pas encore été fait, [...] je ne peux pas être complètement sûre mais une enfant de 12 ans épilée c'est bizarre encore plus à Mayotte, au niveau du pubis ce qui est à Mayotte complètement paradoxal avec le maintien de la virginité etc [...] Dans tous les cas il fut d'accord avec moi et nous avons fait le signalement pour protéger l'enfant"

P07 : "après si on a un doute on a un doute il faut le faire et derrière c'est le travail de la justice et des aides sociales à faire."

2 Les connaissances du système de protection de l'enfance

- Les méconnaissances du système de protection de l'enfance

Malgré une volonté de bien faire et un sentiment d'obligation d'alerter face à une situation d'enfant en (risque de) danger, les démarches de signalement ne sont pas claires voir très obscures.

Des médecins motivés pour la protection de l'enfance :

P03 : " Elle se provoquait des grosses hypo, et donc moi je suis allé à la police, j'ai appelé un ami de la police pour lui expliquer, il m'a dit « est-ce que tu as deux heures à perdre » je lui ai répondu que ça sera pas perdu"

P04 : "N'empêche il existe quand même une petite suspicion et j'espère bien revoir la maman rapidement pour approfondir cette situation. [...] Et après il y a des choses à pas faire évidemment peut-être que je fais des impairs sans me rendre compte mais on essaye de bien faire."

P06 : "J'étais vraiment dans une démarche très acharnée, Ça m'a vraiment marqué, j'ai même gardé le dossier pendant plusieurs années au cas où on viendrait me chercher pour me poser des questions et pas dire de bêtises."

P08 : "Et moi tu vois j'aimerais faire une formation justement sur le sujet pour avoir des bases et pouvoir faire le signalement les informations préoccupantes correctement et revenir pourquoi pas à Mayotte et être référent sur le sujet."

Un sentiment d'obligation de signalement :

P01 : "A posteriori après je me dis que je n'étais pas fierotte de moi, que moi je ne fasse rien alors que j'étais au courant de la situation mais bon après il y a des

choses qui se sont passées et puis la journée est passée et puis pouk voilà la journée s'est terminée”

P05 : “J’essaye de pas les culpabiliser et ça c’est surtout pas mon rôle, moi je fais l’information préoccupante et quelqu’un doit faire le point derrière.”

Des démarches confuses :

P01 : “Je connais évidemment l’IP, le signalement au procureur, le courrier à l’assistante sociale ... je sais pas quoi, je sais même plus, je fais des recherches sur internet [...] T’as le num de l’ASE pour l’accueil et les contacts avec les familles d’accueil si t’as un péril imminent et que tu veux le sortir du truc. Mais en gros je sais pas trop il faut que je fasse des recherches à chaque fois pour me souvenir des démarches.”

P02 : “je ne sais pas si on peut faire d’IP, parce que je ne pense pas que les enfants soient en danger imminent.”

P03 : “C’est vrai ça, si on se demandait si on était face à un enfant en danger qu’est-ce qu’on ferait ? [demande t elle à la secrétaire en riant]”

P05 : “et bien le signalement c’est un peu compliqué comme à chaque fois, toute la procédure de finalement avec tout le dossier papier c’est très lourd, oui à faxer au parquet et aux assistantes sociales [...] “Déjà tous ces recours administratifs sont très bien organisés en métropole ici pas du tout”

P06 : “ C’est là que j’apprends pour la première fois qu’il y a un formulaire à remplir et si je dis pas de bêtises et que je me souviens bien, c’est pour envoyer au procureur de la république, avec un descriptif de la cellule familiale, de la patiente et des suspicions, Mais c’est difficile parce que tu passes des coups de fil, tu essayes d’avoir des personnes référentes, tu essayes d’avoir le secrétariat et personne ne répond, tu ne sais pas où faxer le dossier et tu as un doute qui reste à chaque étape

P06 : "les démarches ? je t'avoue que je ne sais pas et que si je suis devant une situation où j'en ai besoin je serai obligé de regarder sur Internet pour trouver la solution, avec Docteur Google, pour savoir les différents niveaux, je sais que l'on peut aller jusqu'au procureur avec le signalement, mais savoir comment utiliser l'information préoccupante je ne sais pas du tout, je ne sais pas qui appeler et je ne sais pas avec qui je ferai la démarche. Le jour où j'en aurai besoin je chercherai jusqu'à ce que je trouve l'information et au pire j'appellerai le service de pédiatrie à l'hôpital pour demander conseil. [...] moi de ce que je connais il y a le signalement à la CRIP, pardon je veux dire l'information préoccupante et après le signalement au procureur avec hébergement de l'enfant si mise en danger immédiate, si on sait que si l'enfant rentre à la maison ça va être compliqué"

Les médecins relèvent également une certaine méconnaissance en ce qui concerne les missions des différents acteurs intervenant dans le champ de la Protection de l'Enfance. Et lorsqu'ils connaissent les acteurs, ils ne savent pas comment les contacter. Ils ont le sentiment qu'il est très peu doté ou complètement débordé à Mayotte par rapport à la métropole où les structures fonctionnent.

Le rôle méconnu des acteurs de Protection de l'Enfance :

P01 : "bah honnêtement aucune idée, quand j'ai besoin je cherche sur internet."

P05 : "l'interlocuteur est très dur à trouver, souvent occupé, et c'est vrai que je t'avoue que je ne sais pas quel interlocuteur prendre. Oui c'est toujours un peu compliqué."

A priori sur les acteurs de la Protection de l'enfance :

P03 : "je travaille beaucoup avec des assistantes maternelles, elles ont des enfants à garder et ce sont des gens formidables. Autant j'en avais rencontré en métropole qui était là pour l'argent, ici pas du tout."

P04 : “[lève les bras au ciel] effectivement mais on fait le mieux possible. Si Il y avait plus de répondant derrière effectivement ça serait moins décourageant, ici les gens se sentent vraiment tout seuls. J’ai des exemples au tribunal ou des dossiers tombent dans les limbes sur des dossiers de viol d’enfant de 14 ans, [longue pause] les mères sont seules, les dossiers ne sont pas traités. [...] bah oui mais bon ils sont tous débordés, l’ASE ça ne m’a pas l’air très performant, Les éducateurs spécialisés là qui s’occupent des jeunes délinquants et tout ça m’a l’air très compliqué, les jeunes sont violents, ils se sauvent.”

Difficultés à avoir un interlocuteurs avec les acteurs de protection de l’enfance :

P01 : “Il faut écrire une procédure accessible par tous pour savoir à qui se référer avec les bons numéros de tel, parce que ça aussi tu galères pour savoir à qui, à quoi, les bons num de fax, de téléphone, les bons mails ...”

P05 : “non on n’en parlait justement là alors qu’on est aux urgences, on en parlerait même avec le pédiatre on se disait que même eux n’ont jamais été en contact avec des professionnels de la protection de l’enfance. [...] non non là-haut les pédiatres de pédiatrie, ils ont parlé avec ceux qui sont la régulièrement et j’étais là et il se disait qu’ils ont jamais eu d’intervention de professionnels de la protection de l’enfance dans le service de pédiatrie”

P06 : “Mais c’est difficile parce que tu passes des coups de fil, tu essayes d’avoir des personnes référentes, tu essayes d’avoir le secrétariat et personne ne répond, tu ne sais pas où faxer le dossier et tu as un doute qui reste à chaque étape; [...] non je n’ai pas du tout de contact avec les protection de l’enfance, même pas avec la PMI. [...] je ne sais même pas où est le numéro de la PMI ou comment les joindre, c’est complètement obscure. Quand j’ai déménagé mon cabinet, j’ai pendant un temps était dans les mêmes locaux que la PMI et même là-bas je n’ai même jamais pu les joindre. C’est complètement fou ils étaient là, je me déplaçais voir les agents

d'accueil de la PMI et à chaque fois il y avait personne. Ils n'ont même pas de standard à la PMI. [...] Moi je n'ai aucune idée de comment joindre la PMI de mon secteur."

P07 : "J'aurais du mal à me tourner vers l'assistante sociale parce qu'elle est difficilement joignable, et le procureur je pense pas que je vais le joindre moi-même pour en parler, c'est pas forcément nécessaire même si son rôle n'est pas à négliger, après les associations qui s'occupent des familles d'accueil je vois pas pourquoi je les appellerai, et l'aide sociale à l'enfance bon, c'est vrai que je travaille pas beaucoup avec eux mais ça pourrait être intéressant."

P08 : "non ici à Mayotte non pas du tout, j'ai zéro contact avec les professionnels de la protection de l'enfance"

La protection de l'enfance débordée par la situation :

P01 : " tout secteur social il faut tout développer, le nombre d'éducateurs, le nombre d'assistante sociale, le nombre de places de placement en accueil tout est bouché, là ici on part vraiment de très très loin."

P02 : " les dossiers sont empilés, empilés depuis des années et qu'il n'y a pas suffisamment d'assistantes sociales et d'éducateurs pour prendre en charge toutes nos informations préoccupantes. [...] En métropole tu te poses moins la question, il y a des services sociaux, il y a l'aide sociale à l'enfance, il y a tous les services qui fonctionnent"

P04 : "Donc il me faut absolument un relais, il faudrait absolument que je trouve un relais pour que ces enfants, pour que cet enfant soit pris en charge lorsque j'ai une suspicion, donc pour pas que cette information préoccupante soit oubliée."

P05 : "les contacts même aux urgences ne sont pas toujours les bons, si en plus on a pas les bonnes personnes au téléphone ou qu'elles ne répondent pas et qu'elles

sont pas réactives, sans vouloir les accabler parce que j'imagine qu'ils ont beaucoup de travail aussi"

- Les formations des médecins généralistes remises en question :

Les médecins admettent avoir reçu des formations sur le sujet de l'Enfance en (risque de) danger mais qu'ils jugent très insuffisantes et surtout non adaptées à leur pratique quotidienne à Mayotte où la part pédiatrique est plus importante.

Des informations délivrées aux médecins qui ne répondent pas aux attentes :

P05 : "ah bah on aurait dû faire un signalement, clairement, pour une histoire d'attouchements quand même. Ah bah il aurait fallu que le médecin ait plus d'informations et de formation à la base, qu'elle sache comment agir dans ce genre de situation là elle était complètement paumée, donc qu'elle ait une meilleure formation pour me la donner derrière. Elle ne savait pas, Elle ne savait même pas où chercher l'informations"

Manque de formation souligné comme problématique :

P05 : "Donc clairement elle ne savait pas, moi j'étais son interne je savais pas, et pourtant j'étais en dernier semestre je ne connaissais pas la réponse. Donc clairement j'aurais aimé être formé un peu plus sur le sujet, Et au moins qu'on m'ait décrit des situations où la question ne se pose pas, là avec du recul et de l'expérience je réalise que là c'était une situation évidente où il fallait faire un signalement. À ce moment-là j'avais même pas en tête les situations où la question se pose pas c'est simple."

P05 : "Malheureusement on a aucune information et aucun contact alors que 50 % de la population a moins de 18 ans, il y a un problème. Ah non en libéral c'est

compliqué, et pour avoir fait quelques cabinets médicaux c'est très compliqué personne ne sait sur ce sujet là, personne n'est formé, j'ai fait trois cabinets ici à Mayotte et personne ne sait gérer ça. ça c'est sur."

P05 : "en tant que médecin généraliste on est pas formé à ça alors que les pédiatres le sont beaucoup plus je pense. Je le vois même dans ma pratique lorsque je travaille avec un pédiatre il se focalise sur plein de petits détails que moi je ne vois pas. Des détails qui moi ne m'alertent pas. Donc est-ce que c'est simplement la formation qui fait que ? Que c'est pas notre corps de métier. Je ne sais pas. Il y a des fois où je ne remarque pas des détails qu'ils voient directement et ça leur met la puce à l'oreille."

3 La place du médecin généraliste dans le dépistage de la maltraitance infantile à Mayotte

- Les médecins généralistes en premier recours

Les médecins se reconnaissent une place centrale dans la prévention, le dépistage et l'alerte de l'Enfance en Danger puisqu'ils se trouvent en première ligne dans la prise en charge des enfants et de leur famille.

La place centrale du médecin traitant :

P04 : " Et ici la confiance installée c'est très très important parce que c'est là où les gens vont se confier et demander des conseils, et parce qu'ils ne savent plus à qui se vouer, on a un rôle extrêmement important pour tout ça."

Un médecin généraliste lanceur d'alerte :

P04 : “Mais là il y a quand même une alerte et j’espère bien voir cet enfant comme prévu. Je vais aborder la chose avec tact pour ne pas braquer la maman. Parce que ça m’embête quand même.”

Une évaluation de l’enfant facilitée par la connaissance de l’environnement familial :

P04 : “bah je pense que déjà à la place du médecin généraliste pour arriver à rentrer dans les familles à avoir leur confiance il faut pas changer tous les six mois donc le suivi c’est hyper important”

Les généralistes soulignent également la difficulté à intégrer l'ensemble des dépistages recommandés de l'enfance à leur pratique.

Des dépistages difficiles à intégrer à la pratique :

P06 : “du coup j’essaye d’être le plus systématique, Si je vois un enfant avec des chicots pourris et que je le revois des mois après et que c’est toujours pas pris en charge. je vais me poser la question, mais c’est compliqué.”

- Le suivi comme pilier de la relation médecin-patient de confiance

Il semble que les médecins généralistes installés en libéral se considèrent avant tout comme médecins de famille et privilégient la proximité dans la relation médecin-patient pour faciliter la prise en charge globale de l'enfant. La création d'un lien de confiance avec les parents et les enfants apparaît comme un prérequis indispensable pour les médecins. Alors qu'en dispensaires le suivi est souligné comme très compliqué à cause du turn-over médical important.

L'intérêt du suivi des enfants et de la famille :

P01 : “C’est le suivi, le fait qu’on soit pas des gens pérennes, enfin qu’on ne voit pas les gens, que ça ne soit pas tout le temps toi qui voit les enfants c’est beaucoup plus compliqué à gérer des petits signes qui sont déjà compliqués à gérer lorsqu’il y a un médecin qui fait un suivi de patients on va dire normal.”

La nécessité de créer un lien pour une relation médecin-patient de confiance :

P04 : “c’est des gens que je connais donc la relation de confiance est très forte, j’essaye d’avoir les bons mots, voilà c’est la relation médecin malade très singulière, entre un patient et son médecin. Il faut réussir à faire ce que je vous ai dit tout à l’heure, il faut accrocher les gens. Il se passe quelque chose c’est la relation de confiance qui fait que la personne vous fait confiance dans votre démarche”

Suivi impossible en dispensaire :

P01 : “ Ba dans un département autre, le médecin traitant il est là pour le suivi de ton enfant, toutes les étapes tu le connais, la difficulté qu’on a ici c’est que tu le vois un jour, une fois; ... la prochaine fois qu’il arrive et qu’il vient consulter, il va voir un autre médecin, [...] Bah oui évidemment dans la connaissance que tu as de ton patient, pour arriver à repérer les petits trucs il faut déjà le connaître bien le connaître, quand c’est normal quand tout va bien, c’est ça qui est compliqué.”

Le problème du turnover médical souligné :

P01 : “il y a un turnover, tous les trois mois ça change, et ça bouge et du coup tu n’as pas ce lien; ah bah tiens tu as grandi depuis la dernière fois ce truc là, donc si tu ne repères pas tout de suite qu’il y’a un truc tu le verras jamais”

P04 : “vous savez il y a un tel nomadisme ici que c’est compliqué les gens ne restent pas, une bonne partie des soignants vient pour deux mois et partent après, pour survivre c’est compliqué. Donc il nous faut vraiment des structures plus adaptées. [...] les gens sont habitués au turnover ici, donc déjà pour avoir la confiance ce qui est compliqué il faut rester un moment”

P05 : “Ça ne communique pas régulièrement, et sur un territoire comme Mayotte où il y a un gros turnover médical il faut rabâcher régulièrement tout le temps. [...] ce qui va avoir un impact c’est savoir si on est là depuis longtemps ou pas, et on habite à Mayotte ou simplement si on est de passage. [...] Je pense qu’il y a une différence de vision entre ceux qui sont là à long terme et ceux qui sont là juste pour trois mois.

Malgré tout, cette proximité connaît ses propres limites. L'intérêt de cette relation de confiance est remis en question lorsqu'elle est confrontée à des difficultés de communication médecin-patient ou au désaccord des patients face aux décisions du médecin. De plus malgré cette relation de confiance, les patients parlent peu de ces choses-là, c'est ressenti comme un sujet tabou, ils gèrent les choses eux même sans nous en parler.

Le médecin face à l'opposition du patient :

P04 : “On va voir comment la maman va réagir; j’en sais rien, c’est pas du tout pareil, si la maman nie complètement ou si elle me dit qu’il y a un problème. Ce n’est pas la même situation vous voyez.”

P06 : “Ah oui j’avais eu un autre cas quand j’étais interne en stage de pédiatrie mais ça fait longtemps, et là c’était un déchirement entre les deux parents il y avait un gamin de 18 mois qui avait des blessures corporelles, enfin c’était du grand n’importe quoi, c’était compliqué, on avait la maman avec nous et elle accusait l’autre et l’autre accusait elle”

P07 : “Donc il y a eu signalement et une famille d'accueil a été trouvée et au moment où elle est arrivée, le type ne voulait pas que l'enfant soit placé. C'était extrêmement déchirant, on a géré ça à deux avec l'interne puis avec l'intervention du cadre puis des flics. Les gendarmes sont même venu recadrer les parents de l'enfant, enfin les parents par procuration, les voisins. C'était très compliqué on a pu voir la détresse principalement de la maman et l'énervement du papa, c'était difficile.”

Avoir une distance avec le patient :

P05 : “Je travaillais en cabinet à Mamoudzou pendant mon stage de SASPAS. Même mon médecin référent au cabinet était gêné et ne souhaitait pas faire l'information préoccupante, on a beaucoup hésité parce que un peu perdu, sans repère. Plus ce côté très proche de la famille, c'était la famille qui était venue, la relation médecin patient entravait la prise en charge. Elle prenait le dessus, c'était encore différent lorsque c'est un suivi de patient dans le libéral parce qu'il y a un lien médecin patient qui fait encore plus réfléchir qu'aux urgences, ce qui est beaucoup plus pragmatique aux urgences parce qu'on a pas ce lien médecin patient fort qu'on peut avoir en libéral. Cette relation de confiance qu'on peut retrouver en libéral. Du coup ça ne s'est pas fait on a pas fait l'information préoccupante et c'est un gros regret de ma part, avec du recul on a pas fait ce qu'il fallait.”

P07 : “si tu dois garder les enfants et que les parents sont la, tu vas pas leur interdire de voir l'enfant à par décision du procureur et bien ça peut être un peu conflictuel, mais il faut expliquer pourquoi on fait la chose.”

P08 : “c'est la famille, et le poids de la famille, c'est ça qui complique les choses. C'est jamais des gens éloignés, c'est presque toujours la cellule familiale. Ça me complique la tâche, comment établir la vérité et savoir le vrai du faux”

Les tabous comme frein au dépistage :

P03 : “Et en revanche je sais pas si tu te heurtes à ça mais c’est la langue de bois, personne ne parle de ça.”

P04 : “ puis on est peut-être aussi dans un conflit de village donc je me méfie un peu. [...] bah non ils ne veulent pas faire d’histoire dans le village, moi mon rôle c’est de tout faire pour que ça ne passe pas à la trappe, après je sais pas ce qui se passe mais ça passe à la trappe après aussi parfois.”

P06 : “Après à Mayotte j’ai entendu dire qu’il y avait une autre sorte de maltraitance aussi c’est dans la vie du village. [...] tu as des échos des villageois qui disent qui a fait quoi, et c’est encore très tabou du coup on en parle pas et on règle ça nous-mêmes c’est-à-dire qu’ils vont pas en parler on va pas le dénoncer on va juste virer la personne du village et elle n’aura plus jamais droit de venir. [...] j’essaye d’encourager les gens à vouloir aller plus loin et de pas accepter ça et à dépasser les tabous.”

P08 : “J’en ai pas fait beaucoup depuis que je suis là, parce que souvent c’est des choses qui se passent en Intra familial, c’est compliqué. [...] C’est tabou, c’est une honte parce qu’elle ne pourra pas avoir un beau mariage si ça se sait dans la famille.”

4 La craintes des conséquences et des non conséquences des démarches de protection de l’enfance, et la motivation du résultat

- Peur d’entraver la relation médecin-patient privilégiée :

Les médecins généralistes sont bienveillants avec les patients, ils ne veulent pas juger leurs patients, ils ont peur que leurs patients se sentent stigmatisés et que leur relation médecin patient soit entachée. Parfois ils ne vont pas réaliser les démarches pour ne pas aller contre l’avis du parent, qu’ils pensent à même de juger du bien fondé des démarches ou non. De plus, devant certaines situations, ils ont

l'impression de condamner les parents qu'ils estiment non responsables de la situation.

Peur de la stigmatisation des parents et de l'enfant :

P02 : "L'obstacle serait plutôt de mon point de vue la stigmatisation des parents si tu fais une erreur par excès, est-ce que tu es sur de ne pas faire une erreur par excès ? Est-ce que ta suspicion est bien objective ? [...] C'est beaucoup plus la stigmatisation de la famille et la perte du lien privilégié médecin patient médecin parent qui pose problème. [...] et puis sur l'enfant aussi, s'il doit être placé dans une famille, c'est les conséquences lourdes et stigmatisantes pour l'enfant quelque soit son âge, même à trois ans c'est tout petit et même s'il ne le conscientise pas directement, il y a quand même des séquelles donc la stigmatisation sur l'enfant, la relation de l'enfant avec sa famille présente et future."

P05 : "Mais c'est vrai que du coup elle ne perçoit pas trop l'impact de ça et de ce qu'on parle quand on dit que l'enfant est en danger. [pause] j'essaye d'expliquer que ce n'est pas parce qu'elles sont de mauvaises mamans, mais qu'elles ont besoin d'aide, il faut améliorer la situation pour l'enfant."

Action différente en fonction de l'avis des parents ou de l'enfant :

P01 : "Enfin tu vois je sais pas mais c'est ce genre de truc qui s'est passé dans ma tête pour ne pas faire le signalement et finalement j'ai écouté la mère et elle m'a dit qu'elle voulait pas porter plainte et qu'on s'arrête la, c'est juste parce qu'il avait mal qu'elle l'a emmené [...] ce n'était pas dans le cadre de faire un certificat de coups et blessures ou de porter plainte parce qu'il ne voulait pas porter plainte, du coup c'est vrai que je n'ai pas fait grand-chose, j'ai parlé de façon isolée avec le jeune, je lui ai demandé si ça arrivait souvent, voilà. Je lui ai demandé si il se sentait en danger de rentrer à la maison, c'était plutôt assez fermé, du coup je n'ai rien fait, j'ai pas fait de signalement j'ai pas fait d'information préoccupante [...] si tu as des parents qui sont contre [Pause] ou même l'enfant lui-même te dit que non il ne veut pas que quelque

chose qui arrive à son père euh enfin voilà. Quel est mon rôle à moi ? [Pause] Qu'est-ce que je dois faire?"

P04 : "bah si la maman me dit en effet qu'il y a un problème là il faudra que j'envoie l'enfant aux services sociaux ou que j'envoie un courrier aux services sociaux. On va voir comment la maman va réagir j'en sais rien, c'est pas du tout pareil si la maman nie complètement ou si elle me dit qu'il y a un problème. Ce n'est pas la même situation vous voyez. [...] soit j'arrive à convaincre la personne qu'il faut aller porter plainte parce que c'est inadmissible, il faut que j'arrive à trouver les mots pour avoir un impact sur la personne, il faut voir si la personne est motivée et savoir que ça va être fait, soit je me retrouve devant les parents qui ont pas envie et qui sont dans le déni et ben là c'est très problématique."

P06 : "morsure de chien et des traces de coups un peu partout sur le corps de l'enfant, initialement on avait discuté une IP, parce que la famille semblait plutôt coopérante, on avait l'impression qu'on pouvait avoir confiance, et le médecin qui l'avait vu avant avait posé les questions, à savoir si il y avait des coups ou autre à la maison, voir même des sévices sexuels à la maison, apparemment non"

P08 : "souvent en plus quand on a un enfant de maltraité et qu'on commence les démarches et bien si il est assez grand, voyant que ça pourrait faire du mal à sa famille il se rétracte, ils disent non ça ne s'est pas passé comme ça, et tu demandes "mais pourquoi tu m'as dit ça au début" ils me répondent "bah j'étais fatigué blabla", c'est ça qui rend la procédure compliquée. Donc ça nous incite pas à faire les signalement devant ces situations compliquées et incertaines, c'est spécial à Mayotte."

P08 : "il y a un poids familial, une fois j'avais une jeune fille qui avait été amenée par les pompiers, Elle avait à peine 13 ans elle était enceinte, ils ont essayé de la faire avorter chez elle, ça n'a pas fonctionné donc il me l'a ramenée à l'hôpital, et j'ai voulu faire le signalement et ils m'ont mis des bâtons dans les roues, j'ai pas pu le"

faire ,j'ai simplement écrit dans le dossier, son père m'a formellement interdit de faire le signalement."

P08 : "Ben sans l'avis du parent je l'aurais fait, c'était ambigu, on aurait dit des parents très très très proches alors que ce n'était pas les vrais parents."

Peur que la relation de confiance soit brisée :

P02 : " je ne peux pas prendre une aussi grosse décision toute seule et me tromper de diagnostic. Pour quelque chose d'aussi important que ça, avec des conséquences, la stigmatisation pour la famille, et pour le médecin la relation de confiance sera brisée, [...] Ba la perte de confiance, entre la famille et le médecin, surtout si c'est un médecin de famille"

P04 : "Mais là il y a quand même une alerte et j'espère bien voir cet enfant comme prévu. Je vais aborder la chose avec tact pour ne pas braquer la maman. Parce que ça m'embête quand même. [...] je vais aborder le sujet avec tact en douceur et je vais monter en puissance, pour ne pas la braquer."

Face à la pauvreté, sentiment de jugement, de double peine pour les parents:

P02 : "bah est-ce que c'est la pauvreté qui amène cette négligence ? Est-ce que cet état même de pauvreté c'est de la négligence ?"

P05 : [...] au bout d'un moment l'enfant avait une dénutrition chronique probablement du fait de ses diarrhées chroniques, c'était vraiment pas une accusation pour elle mais il fallait protéger cette enfant trouver une solution. Il fallait que quelque chose se passe c'était pas possible de continuer comme ça. Ça c'est la dernière que j'ai faite. C'est compliqué. [...] bah c'est compliqué déjà du point de vue précaire, À Mayotte je trouve que c'est difficile parce qu'on est partagé entre faire l'information

préoccupante pour le bien de l'enfant et en même temps on se dit très souvent que ce n'est pas la faute des parents parce que c'est leur situation précaire et en même temps c'est pas du tout la faute de l'enfant, et il est en danger et à ce moment-là c'est l'enfant le patient. [...] Bah la situation précaire met l'enfant en danger et en même temps on veut pas condamner les parents parce qu'ils ne sont pas responsables de cette situation précaire, ils la subissent tout autant, c'est hyper délicat en tant que médecin de se positionner là-dedans"

P08 : "En plus de ça nous aussi on constate les problèmes on sait que c'est compliqué et on veut pas rajouter de problème à ces pauvres gens."

Peur de l'erreur médicale :

P05 : "j'ai toujours l'impression que je vais mettre en défaut la famille ou que ce que je vois n'est pas forcément réel"

- Des médecins généralistes confrontés à l'échec du système :

Remise en question de l'utilité des démarches qu'ils réalisent, devant les doutes qu'ils émettent sur les capacités des structures à prendre en charge leurs doléances. Sentiment que quoi qu'il arrive à un moment du processus, quelque chose dans le rouage va bloquer. De plus, devant l'ampleur et la fréquence de certaines situations sociales qui mériteraient une information préoccupante, ils doutent de l'utilité de leur démarches qui pourraient même faire pire que mieux, sauf si il y a un péril imminent.

Doute sur les capacités des structures de protection de l'enfance à réagir :

P03 : "bah les réseaux, rien ne bougeait, bah ici quand tu leur demandais si ça avait été fait, elle disait oui mais tu pouvais jamais savoir si c'était fait, ça n'avancait pas, ici à tous les niveaux c'est un peu comme ça."

P05 : “Et puis surtout il y a tellement d’enfants dans des situations précaires qu’on est un peu perdu pour déclarer ou pas déclarer, c’est complètement noyé.”

P07 : “surtout que j’ai une entière confiance dans la justice même si il y a des limites. Bah on sait que ici encore plus qu’ailleurs ils sont débordés”

Peur que leurs démarches ne soient pas prise en compte, “c’est Mayotte” :

P02 : “les dossiers sont empilés, empilés depuis des années et qu’il n’y a pas suffisamment d’assistantes sociales et d’éducateurs pour prendre en charge toutes nos informations préoccupantes”

P04 : “parce que souvent les procédures tombent à l’eau à Mayotte. les gens veulent pas faire d’histoire, simplement parce que c’est pas pris en compte.”

P05 : “Et puis surtout il y a tellement d’enfants dans des situations précaires qu’on est un peu perdu pour déclarer ou pas déclarer, c’est complètement noyé. [...] “Et j’en ai déjà parlé avec plusieurs collègues, il y en a plein qui se disent ça, ah bah c’est pas grave de toute manière qui va regarder ? Qui va lire les papiers qu’on fait ? donc ça ne sert à rien, autant pas le faire. Qui va s’en occuper ? L’aide sociale à l’enfance de ma pas passer de toute manière. Et l’une des choses les plus horribles qui se dit souvent c’est la phrase qui se répète et qu’on entend tout le temps « bah c’est Mayotte »”

P06 : “C’est Mayotte, aucune idée on sait pas où orienter les patients où il y a des suspicions de viol ou simplement n’importe quelle raison qu’on a envie d’envoyer pour un signalement. Ça serait pareil pour un certificat de coups et blessures, normalement en médecine légale on envoie le patient voir un médecin certifié faire un papier légal correct, ici non. [...] Mais après il y a eu la galère du fax, j’avais

tellement peur que le dossier tombe dans les oubliettes que j'ai appelé 4-5 fois les Secrétaires pour qu'il soit bien envoyé et bien réceptionné"

P08 : "Ça ne va pas plus loin c'est ça le problème, l'état ne prend pas en charge ce problème comme il le faudrait, ça ne suit pas derrière"

P08 : "On prescrit ce qu'il faut avec le traitement pour la dénutrition mais ça va pas beaucoup plus loin qu'est-ce que tu veux faire de plus ils ont pas de papier, ils ont aucun droit. La précarité, j'ai déjà vu très souvent chez les gens dans les bangas des enfants qui mangent juste un morceau de pain à tremper dans le Coca-Cola. À Mayotte ? Comment tu peux ? Ça s'arrête là, qu'est-ce que tu veux faire je me sens gêné d'avoir les moyens. Même le poids de la tradition. Même ici on dit c'est Mayotte, c'est la vie. [...] bah tu sais bien on l'entend tout le temps, ici il y a plein de choses qu'on accepte, donc la maltraitance aussi, on va pas plus loin parce que c'est Mayotte ça n'ira pas plus loin. Ça suit pas derrière. Donc finalement les gens se désistent. Et même les médecins n'ont pas le temps. Quand tu fais 1-2-3 signalements et que ça ne va pas plus loin pourquoi tu le fais ?"

Peur d'engorger le système en devenant systématique :

P01 : "On peut pas le faire pour tous, il y en a plein après on se demandait à quoi ça servait ? est-ce que ça déclenche des trucs derrière ?[...] Parce qu'il y en a de trop"

Peur de faire pire que mieux :

P01 : " Tant qu'il n'y a pas de péril imminent et qu'il ne va pas mourir, si il rentre voir son père. Qui suis je moi pour faire le truc, est-ce que je peux le faire ou pas ? Qu'est-ce que ça va déclencher derrière ? je sais pas ce que ça va déclencher."

P07 : “Et les signalements c’est pareil on peut toujours se poser la question, on est censé mettre à l’abri un enfant mais parfois on sait que même dans les familles d’accueil c’est pas toujours rose donc on se pose la question”

Les médecins craignent aussi des violences physiques, verbales ou judiciaires en représailles lors de situations conflictuelles.

Crainte de répercussion sur leur personne :

P02 : “ou même la plainte. Il y a une suspicion de maltraitance avec un signalement et que ce n’était pas le cas et que la famille se retourne contre nous c’est compliqué. Enfin ici je réfléchis pas trop comme ça mais c’est vrai que la peur d’être attaqué en justice est aussi un frein. La peur d’être attaqué en justice [...] Ba la perte de confiance, entre la famille et le médecin, surtout si c’est un médecin de famille, un médecin de village, même après qu’il y ait une rumeur ? La réputation ? Je sais pas.”

P07 : “le type ne voulait pas que l’enfant soit placé. C’était extrêmement déchirant, on a géré ça à deux avec l’interne puis avec l’intervention du cadre puis des flics.”

P08 : “ils m’ont mis des bâtons dans les roues, j’ai pas pu faire le finalement, j’ai simplement écrit dans le dossier, son père m’a formellement interdit de faire le signalement.”

Résultat de leur travail et investissement à forte valeur ajoutée

P03 : “j’ai réalisé le signalement et le signalement a été pris en compte directement. Ils sont allés la chercher à la sortie du lycée pour la mettre dans une famille d’accueil le jour même. Et elle a été complètement métamorphosée. Elle n’a jamais avoué ce qu’il se passait mais ça paraissait évident.”

P05 : “bah j’attends simplement que quelqu’un fasse un bilan, qu’une assistante sociale passe, voir le contexte social et prendre les choses en main, mettre des visites régulières, oui qu’il y ait une prise en charge principalement sociale.”

5 Les médecins en difficultés dans la prise en charge de l’enfance en danger

- Des médecins généralistes confrontés à la complexité du sujet :

Les médecins s'accordent pour dire que les situations de maltraitance sont toujours des situations compliquées et complexes. Ils ne sont pas à l'aise dans la prise en charge. Le manque d'expérience les fait douter de leur légitimité à réaliser les démarches.

Des situations compliquées :

P03 : “Et du coup on avait fait un signalement [souffle fort], c’est vraiment hyper long et compliqué, si ta thèse peut améliorer et accélérer ça c’est super. [...] C’est super ton sujet c’est bien mais c’est vrai que c’est compliqué.”

P04 : “ c’est compliqué j’arrive pas à trop savoir le vrai du faux, Bon, du coup je me dis que si j’arrive à me débrouiller comme ça et que le maître d’école et la psychologue scolaire vont trouver la solution. Ça ressemble simplement à une histoire d’enfants. Mais après je vois la patiente d’après qui me dit que en fait à l’école elle a vu la femme et en effet il y aurait des problèmes parce que le père battrait l’enfant. [...] Voilà, c’est une consultation fatigante. Il faut s’impliquer. [...] tout est compliqué pour faire les procédures, en terme de traitement par la justice c’est compliqué, en terme de services sociaux c’est compliqué. Chaque rouage c’est le forceps. [...] C’est lourd de responsabilité et les gens sont demandeurs de conseils, c’est très très lourd, des fois vous avez envie de pleurer, c’est compliqué.”

P05 : “c’est compliqué comme à chaque fois, la feuille je sais la remplir ça y a pas de problème, je sais où il faut la faxer, mais j’attends à chaque fois une réponse et c’est compliqué”

P05 : “en plein milieu d’une consultation complexe comme celle-là c’est compliqué, c’est toujours un peu gênant devant des consultations un peu délicat quand on se pose la question d’une information préoccupante ou d’un signalement, et c’est quand même pas une consultation banale. Si on se pose la question il faut faire attention, déjà il faut donner le change, pas montrer non plus qu’on est un peu déstabilisé par la situation”

P08 : “Je n’en ai pas fait beaucoup depuis que je suis là, parce que souvent c’est des choses qui se passent en intra-familial, c’est compliqué. “

P08 : “Mayotte tout est compliqué, les choses ne sont pas faites jusqu’au bout, on ne comprend pas vraiment ces situations, et en métropole devant ces situations on ferait directement information préoccupante au minimum.”

Légitimités remises en question :

P02 : “Comme on a pas beaucoup de temps non plus. Mais ça c’est comme partout. Manque de temps et peut-être aussi de position légitime. Je préfère laisser voir les urgentistes et les pédiatre pour dire s’ il y a vraiment maltraitance ou pas. si je vais envoyer directement en boxe ou en UHCD pour être pris au calme et écouter avec une bonne traduction au calme toujours mais je ne pense pas que ça soit toujours le cas.”

P05 : “autant sur les signalements c’est assez tranché devant des situations d’urgence avec mise en danger immédiat, Ça se voit c’est très clair pour le coup, autant une information préoccupante je pense je suis toujours un peu gêné. Est-ce que c’est légitime, est-ce que c’est un jugement ? [...] Avant je me disais que peut-être j’étais pas trop légitime à faire ça”

L'expérience facilitante :

P02 : “Avant j’avais beaucoup de mal à penser à l’information préoccupante. Aujourd’hui je pense que je n’aurai pas trop de mal à faire une information préoccupante si j’ai une suspicion. Ce qui est difficile c’est est-ce que l’enfant est en danger ou pas. [...] Tout n’est pas facile, et c’est vrai qu’on n’apprend pas tout ça dans les livres, et on essaye d’être le plus humain possible et ne pas passer à côté de quoi que ce soit, c’est aussi avec l’apprentissage et l’expérience. Tout n’est pas évident, il y a des choses qui s’apprennent dans le rapport médecin patient, dans notre légitimité, et au fur et à mesure ce syndrome de l’imposteur qui doit partir et surtout être le plus humain possible, faire au mieux.”

P05 : “ je pense que je suis de plus en plus sûre de moi dans ce genre de prise en charge, au début je pouvais me dire bon c’est tout je laisse tomber, maintenant l’information préoccupante je la dédramatise.”

- Sentiment de solitude :

Ils rencontrent des difficultés à de nombreux niveaux. Le manque de médecin donc le manque de temps, le manque de retour face à leur démarches, le manque de communication entre les services. Ils ne savent pas quelle structure peut les aider, comment les contacter, ils n’ont pas de marche à suivre. Ils se sentent parfois débordés par les situations, et vont souvent envoyer aux urgences les situations préoccupantes qui entraîneront un signalement. Tous ces manquements donnent le sentiment que rien ne fonctionne et décourage certains médecins.

Le manque de médecin, sentiment d’abandon :

P05 : “parce que c’est difficile ici, quand tu es médecin généraliste en libéral en ville tu es tout seul, on est pas nombreux, Quand on est médecin généraliste ici on sait

pas à qui s'adresser, aux urgences c'est compliqué, et on sait pas toujours à qui s'adresser alors j'imagine même pas en libéral.

P07 : "et bien je pense qu'il manque du temps partout mais à Mayotte il manque cruellement de médecins et le peu de médecins qu'il y a avec évidemment le manque de temps et aussi le suivi est aux oubliettes."

P08 : "en ville je ne sais pas comment on pourrait les motiver plus, tu as tellement de patients que tu n'as pas le temps [...] je sais pas combien il y a de médecins généralistes en ville ici en libéral mais c'est rien du tout il en faut plus, par contre La Reunion est très bien lotie"

Le manque de temps et surcharge de travail :

P01 : "Tu vois toutes ces questions là c'est très compliqué en plus derrière il y en a 30-40 qui attendent donc euh ... donc pas le temps, [...] c'est pour ça que je te dis j'ai pas vraiment de trucs en mémoire dans ces situations où je me suis posé des questions parce que c'est vraiment noyé, déjà c'est noyé dans la masse de toutes les consultations que tu fais"

P05 : "Pour le côtés administratif on était deux dessus à s'en occuper, parce que ça prend du temps, il y a eu toute une démarche de type signalement qui a été faite une procédure aussi de prise en charge psychologique.

P03 : "Moi je passe beaucoup de temps avec mes patients, mais quand même pour beaucoup d'entre nous l'un des problème c'est le manque de temps.

P04 : "ah bah oui moi je ne peux pas, je n'ai pas le temps, sauf si je vois que c'est catastrophique là je fais. [...] Mais aussi c'est que j'ai pas beaucoup de temps on fait de l'abattage ici. [...] Maintenant je vais retourner à mon parcours du combattant et faire mon abattage mais j'ai pas trop le choix."

P05 : “ manque de temps, faut faire toutes les démarches et c’est hyper long de faire une information préoccupante ou un signalement, je ne sais même plus combien de pages ça prend à remplir, les coordonnées des parents, l’âge des enfants de chaque enfant les noms les prénoms les numéros les adresses, c’est hyper chronophage, [...] parce que chaque situation est unique et que chaque situation mérite du temps, attention et que les contacts même aux urgences ne sont pas toujours les bons, si en plus on a pas les bonnes personnes au téléphone ou qu’elles ne répondent pas et qu’elles sont pas réactives, sans vouloir les accabler parce que j’imagine qu’ils ont beaucoup de travail aussi, c’est beaucoup beaucoup beaucoup de démarches, c’est chronophage, ça nous donne parfois envie de baisser les bras. Bon bah tant pis.”

Manque de ressource :

P04 :”Donc il me faut absolument un relais, il faudrait absolument que je trouve un relais pour que ses enfants, pour que cet enfant soit pris en charge lorsque j’ai une suspicion, donc pour pas que cette information préoccupante soit oubliée.”

Manque de protocole :

P04 : “ il nous faudrait des parcours de soins c’est tout, et ce qui manque partout à tous les niveaux dans tous les machins, tout le temps à Mayotte. Avec des parcours de soins qui marchent, des secrétariats qui fonctionnent ou au moins qui répondent, etc [sourire blasé]”

P06 : “on ne connaît pas le circuit de médecine légale, on ne sait pas comment ils ont été reçu avant quand ils seront vus après, parce que en métropole pour le coup ce genre de situation il y a des unités entières qui sont consacrées qu’à ça avec un parcours de soins qui est bien rôdé tout près des urgences.”

Le manque de retour :

P05 : “On n’a pas eu de retour de fax ni d’appels, [...] je sais où il faut la faxer mais j’attends à chaque fois une réponse et c’est compliqué, mais les informations préoccupantes on sait pas, on a aucune idée de ce qui se passe, on a jamais de retour, alors comment avoir un retour je sais pas mais j’ai faxer énormément d’informations préoccupantes sans jamais avoir de retour, ne serait-ce qu’un retour de mail ou un retour de fax disant “bien reçu” ou n’importe quoi mais quelque chose. Juste ça un message disant merci on a bien reçu votre information préoccupante numéro Blabla. J’ai jamais eu de retour sur toutes les informations préoccupantes que j’ai faites alors OK c’est faxé donc c’est peut-être compliqué pour eux mais quand même. Donc un problème de communication.”

Sentiment de débordement :

P01: “On peut pas le faire pour tous, il y en a plein après on se demandait à quoi ça servait ? est-ce que ça déclenche des trucs derrière ?[...] Parce qu’il y en a de trop”

Signalement = prise en charge aux urgences :

P02 : “En libéral ou en dispensaire le signalement on aurait plus le réflexe de l’envoyer aux urgences, on oriente pour suspicion de maltraitance. On se dédouane et on laisse à l’urgentiste voir ou au pédiatre. Suspicion de maltraitance j’envoie aux urgences de Mamoudzou. La dernière fois j’ai envoyé un enfant de 2 ans qui a pris une aiguille de 15 cm dans l’anus sans explication, il devait être revu pour une rhinite, pas grand-chose, il devait être vu deux jours après et les parents n’avaient pas consulté, il n’était pas à jour de ses vaccins, il y avait beaucoup d’enfants dans cette famille et de la pauvreté je pense, vraiment une suspicion de maltraitance par négligence lourde, vraiment par négligence. Ce gamin était livré à lui-même, donc je l’ai envoyé à Mamoudzou en passant par la régulation de l’hôpital pour qu’il fasse le point et qu’ils vérifient correctement ce qu’il se passe. Et qu’ils fassent le point. [...] oui c’est plus facile, je ne réaliserai jamais le signalement au procureur seul au

cabinet c'est trop de responsabilités, c'est évident. Je sais pas c'est compliqué ce n'est que mon avis mais je pense que c'est très compliqué en tant que médecin généraliste autant au dispensaire qu'en libéral de gérer des signalements au procureur de la république. Je ne peux pas prendre une aussi grosse décision toute seule et me tromper de diagnostic. Pour quelque chose d'aussi important comme ça avec des conséquences."

Sentiment que rien ne fonctionne, tout est compliqué. "c'est Mayotte" :

P04 : "[lève les bras au ciel] effectivement mais on fait le mieux possible. Si il y avait plus de répondant derrière effectivement ça serait moins décourageant, ici les gens se sentent vraiment tout seuls. J'ai des exemples au tribunal où des dossiers tombent dans les limbes. Sur des dossiers de viol d'enfant de 14 ans, [longue pause] les mères sont seules, les dossiers ne sont pas traités. Ça fait mal, c'est une grande tristesse, le tribunal ne marche pas. Je vous le dis enfin vous le savez. Là il y a cinq juges ils sont tous sur le point de partir, mais tout le monde est en arrêt, du coup évidemment c'est compliqué, y'a pas d'avocat, tout est compliqué pour faire les procédures, en terme de traitement par la justice c'est compliqué, en terme de services sociaux c'est compliqué. Chaque rouage c'est le forceps."

P08 : "On prescrit ce qu'il faut avec le traitement pour la dénutrition mais ça va pas beaucoup plus loin qu'est-ce que tu veux faire de plus ils ont pas de papier ils ont aucun droit. La précarité. J'ai déjà vu très souvent chez les gens dans les bangas. Des enfants qui mangent juste un morceau de pain à tremper dans du Coca-Cola. À Mayotte ? Comment tu peux ? Ça s'arrête là, qu'est-ce que tu veux faire je me sens gêné d'avoir les moyens. Même le poids de la tradition. Même ici on dit c'est Mayotte, c'est la vie."

Comment faire pour que cela fonctionne correctement ?

P06: "Le système de protection de l'enfance est déjà en place et en cours d'installation, on a déjà des enfants placés et bien pris en charge. Dans ma commune on a vraiment des gens qui s'identifient dans la communauté pour être famille d'accueil, il y a des formations qui sont faites et des maisons qui sont adaptées pour devenir famille d'accueil, ça se passe très bien. Ce sont des personnalités très fortes qui s'occupent de ça et ça se passe très bien, avec des jeunes de tout âge."

- Les autres recours à disposition des médecins généralistes

Les médecins éprouvent le besoin de se concerter avec d'autres sur ces questions de prévention, dépistage et prise en charge des maltraitances et des négligences. S'ils travaillent en dispensaire ou aux urgences, ils vont confronter très facilement leurs idées à des collègues présents sur place. En libéral étant seul, ils vont très facilement orienter vers les urgences ou les dispensaires devant des situations de maltraitances. Parfois ils ne vont pas réaliser ces démarches mais envoient un courrier à une assistante sociale ou la croix rouge ou d'autres contacts pour faire le relais.

La croix rouge :

P07 : "ah sur l'alimentation, il y a des parents qui sont débordés, qui n'ont pas de quoi nourrir leurs gamins ou qui prennent pas le temps d'aller chercher ce qu'il faut à la Croix-Rouge ou autre; [...] Devant un enfant dénutri je ne suis pas sûre que sur ce type de cas il faille forcément faire une information préoccupante ou un signalement, généralement la première fois tu essayes de discuter avec les parents et de mettre les services sociaux et la Croix Rouge sur le coup"

Les assistantes sociales :

P04 : “bah si la maman me dit en effet qu’il y a un problème là il faudra que j’envoie l’enfant aux services sociaux ou que j’envoie un courrier aux services sociaux. [...] Bah s’il y a une suspicion de viol, je ne cherche pas, on va prévenir le procureur en général. Et sinon en effet on transmet aux services sociaux ce que je fais en général.”

Les familles d'accueils :

P06 : Mes seules intermédiaires, ce sont les familles d’accueil. [...] Les femmes s’organisent parce qu’elles ont vu que c’était une source de revenu, et en plus il y a cette notion familiale à Mayotte qui est quand même très très présente, [...] oui pour moi c’est déjà en place il y a une action de repérage sur le territoire, pareil dans mon village il y a deux maisons d’une association qui s’occupent des jeunes, des pré-ados et ados, on voit l’impact de leur passé au quotidien dans le village. C’est assez motivant de voir que ses structures fonctionnent pour réaliser les signalements et les informations préoccupantes.”

La police :

P03 : “Elle faisait des espèces de suicide avec son diabète, Elle se provoquait des grosses hypo, et donc moi je suis allé à la police, j’ai appelé un ami de la police pour lui expliquer”

P04 : “en général je pousse les parents à aller à la gendarmerie pour qu’il y ait des traces, parce que les gens ne veulent pas y aller je fais en sorte que vraiment les procédures soit lancées”

Les associations :

P01 : “ Donc elle avait eu l’ASE au téléphone qui lui avait dit que dans ce genre de situation vous avez parfois des solutions avec des contacts sur place avec des associations à Anjouan et qui peuvent peut être faire la recherche des parents , des fois ils arrivent à retrouver les parents, à retrouver qui est qui et les remettre ensemble. Mais le mec qui était là était complètement dépassé parce qu’il est tout seul pour faire tout ça”

Des pistes pour soutenir les médecins généralistes dans leurs actions en faveur de la protection de l’enfance

Les médecins ont des idées assez claires et précises des besoins à mettre en place en faveur de la protection de l’enfance, ce qui les amènera in fine à faire plus de démarches selon eux.

- Promouvoir un suivi régulier des enfants :

Privilégier un suivi régulier des enfants, pour cela ils aimeraient être beaucoup plus nombreux et favoriser l’installation de médecin généraliste dans le temps à Mayotte. Plus de médecins généralistes veut dire plus de temps par patient pour eux.

Plus de médecins généralistes donc plus de suivi :

P04 : “bah je pense que déjà à la place du médecin généraliste pour arriver à rentrer dans les familles à avoir leur confiance il faut pas changer tous les six mois, il faut rester là, donc le suivi c’est hyper important”

P07 : “Puis évidemment c’est le suivi c’est vraiment de la médecine générale, il faut plus de médecins généralistes en ville c’est là où tu vois une évolution, et c’est là où tu vas voir les problèmes somatiques, les problèmes psychologiques, les problèmes à l’école et pouvoir faire une synthèse et voir si il y a besoin de ce genre de prise en charge. “

P08 : *"Je ne sais pas combien il y a de médecins généralistes en ville ici en libéral mais c'est rien du tout il en faut plus, par contre La Reunion est très bien lotie"*

- Promouvoir la collégialité, la discussion entre collègues. Améliorer la collaboration entre médecins généralistes, acteurs de la petite enfance et de la protection de l'enfance.

Les médecins s'accordent sur le fait que la discussion entre collègues amène de la clarté dans la prise de décision. Ils s'accordent sur la nécessité de rencontrer régulièrement l'ensemble des partenaires autour de la maltraitance infantile afin de connaître les missions de chacun et d'envisager comment s'articuler ensemble et favoriser la communication.

La collégialité facilitant la prise de décision :

P01 : *" peut-être qu'il aurait fallu en discuter avec les autres médecins de l'équipe ... mais je pense qu'on en a parlé avec les autres médecins mais à distance"*

P04 : *"Pour le côté administratif on était deux dessus à s'en occuper [...] En général on les fait à plusieurs parce que j'ai toujours du mal à les faire toute seule. [...] Donc j'ai tendance à demander autour, on est plusieurs et on se consulte c'est beaucoup plus simple. "*

P02 : *"Alors qu'à Mamoudzou je ne pourrais pas faire autrement que de travailler en équipe."*

P05 : *"J'ai toujours besoin de demander autour de moi ce que les autres feraient, est-ce que je m'inquiète pour rien ou pas ? Oui j'ai encore besoin d'un appui"*

P07 : “moi j’ai plutôt tendance à en discuter avec mes collègues, plutôt une discussion collégiale avec les expériences des uns et des autres. C’est plutôt comme ça que je vois la chose. “

P08 : “J’aurais aimé avoir une autre personne avec moi avec qui discuter, qui a plus d’expérience sur le sujet.”

Développer les liens et les rencontres :

P02: “On peut aussi ajouter des staffs, pas seulement des affiches de prévention mais des piqûres de rappel avec des staffs par exemple. Des formations quoi. Bah on pourrait réunir les professionnels de l’enfance comme les assistantes sociales, les éducateurs, les médecins généralistes, les pédiatres, les pédopsychiatres, les chefs de service des différents dispensaires.”

Promouvoir la communication à tous les niveaux :

P02 : “Il nous faut au moins des numéros d’accès pour au moins avoir une information fiable de la personne qu’on doit contacter, est-ce qu’on contacte une assistante sociale ou un centre avec un éducateur ? L’ASE ? Un référent ? [...] il nous faudrait une sorte de fiche, une sorte d’annuaire où tous les numéros utiles seraient notés, là ça serait vraiment intéressant. “

P03 : “Ça serait bien d’avoir au moins une liste de numéros pour commencer au minimum.”

P05 : “donc manque d’information, manque de formation, manque de communication [...] Ça ne communique pas régulièrement, et sur un territoire comme Mayotte où il y a un gros turnover médical il faut rabâcher régulièrement tout le temps.”

Protocoliser les démarches et informer les médecins :

P01 : "On peut écrire une procédure accessible par tous pour savoir à qui se référer avec les bons numéros de téléphone [...] Il faut une centralisation de tout parce que t'es obligé de chercher à gauche à droite pour faire ton travail."

Développer des solutions spécifiques à Mayotte, comme un numéro de téléphone mais avec un expert du sujet qui connaît la situation de Mayotte. N'oubliant pas que la situation de Mayotte est différente des autres départements.

P02 : "Même voir s'il n'y a pas un numéro ou créer un numéro spécifique à Mayotte parce que ton numéro le 119 c'est un numéro de métropole. Ils vont nous donner des informations mais est-ce qu'ils sont complètement calés sur la situation de Mayotte ? Comme ça n'a rien à voir avec tout ce qui existe ailleurs. Comme je n'ai jamais appelé, est-ce qu'ils vont me renvoyer vers des professionnels de Mayotte ? Où est-ce qu'ils vont nous dire qu'ils ne savent pas et qu'ils vont nous dire simplement de les contacter ou réussir à avoir toutes les informations ? Je ne sais pas."

P05 : "Les mêmes réflexes qu'en métropole et on devrait avoir pourtant une formation beaucoup plus importante qu'en métropole étant donné qu'il y a plus de pédiatrie"

- Améliorer la formation des médecins généralistes et de leur collaborateurs

Les médecins expriment le besoin d'avoir un accès facile et réactif aux informations, ainsi que le besoin d'une formation plus en adéquation avec la situation de Mayotte. Il n'est pas trop tard, on a des formations continues et des bulletins d'informations de l'ARS et autres, pourquoi pas sur ce sujet. Faire des protocoles et être systématique dans le dépistage.

Développer l'accès à l'information :

P05 : “il nous faut une meilleure information sur les structures et sur les personnes en qui on peut avoir recours c’est indispensable. Les différentes structures qui gèrent ça, leurs contacts et le numéro d’urgence. Ça peut arriver un samedi un dimanche ce genre de choses j’ose même pas imaginer la galère.”

P06 : “faire une note d’information, on reçoit des mails de l’ARS ou de l’assurance-maladie sur pleins de sujets, on pourrait en recevoir sur la maltraitance et les prises en charge. Assez régulièrement nous rappeler les chiffres de la maltraitance et nous donner une note sur comment faire, comment dépister, quelles questions poser en consultation.

P07 : “pourquoi pas un rappel régulier de l’aide sociale à l’enfance pour les médecins généralistes en ville en dispensaire et même aux urgences.”

P08 : “Puis nous informer sur ce qui existe, ce qui est fait et pourquoi.”

Formation des médecins généralistes plus accès sur la pédiatrie à Mayotte :

P01 : “déjà nous faire des formations et nous expliquer quelle est notre place en tant que médecin généraliste pour ne pas passer à côté”

P05 : “ bah déjà plus d’informations d’une part, localement, parce que c’est difficile ici, quand tu es médecin généraliste en libéral, en ville, tu es tout seul, [...] Malheureusement on a aucune information et aucun contact alors que 50 % de la population a moins de 18 ans, il y a un problème. [...] Personne, je dis bien personne n’est formé, personne ne sait.”

P07 : “Après pour améliorer je ne me rends pas forcément compte, c’est vrai aussi que peut-être que tout le monde n’est pas à la page et qu’il faudrait re-sensibiliser les médecins à cette problématique, pourquoi pas un rappel régulier de l’aide sociale à

l'enfance pour les médecins généralistes en ville, en dispensaire, et même aux urgences.”

Réaliser des protocoles :

P01 : “après on peut poser systématiquement les questions. Être systématique, essayer de tendre vers ça un peu plus mais c’est vraiment pas toujours facile quand tu as 10 minutes de consultation.”

Avoir des outils de dépistage :

P01 : “me dire quelles questions sont faciles à poser pour qu’on puisse se dire tiens ah oui peut-être”

P06 : “il y a sûrement des outils dont nous ne sommes pas au courant. J’aime beaucoup les outils à base de questions type, pour la prévention du tabac pouvoir donner une question qui va pouvoir s’orienter sur le sujet, [...] La question brise-glace c’est vraiment utile, par exemple sur les violences conjugales, l’une de tes collègues a réussi à mettre une question brise-glace en place parce qu’ avant il y avait des outils, mais pas du tout adaptés avec des questions très brutes et impossibles à poser en consultation. Là, le fait de trouver sa question rend les choses beaucoup plus faciles.”

Former les secrétaires :

P05 : “bah dans le cabinet ça pourrait être intéressant de former les secrétaires à remplir ça avec nous pour nous aider pour avancer, ne serait-ce que la partie administrative, mais le côté médical évidemment non”

- Promouvoir un référent spécialiste de la protection de l’enfance

Les médecins plébiscitent l'idée d'avoir un référent joignable facilement. Ils sont persuadés qu'un spécialiste du sujet facile d'accès changerait littéralement leur prise en charge et lèverait une bonne partie de la complexité des situations.

Avoir un référent, un spécialiste qui fait le lien :

P01 : "Avoir peut-être quelqu'un à qui parler pour qu'il fasse le lien entre les consultations peut-être, qu'on puisse appeler si on a des doutes pour réaliser une information préoccupante ou autre. Pouvoir discuter lorsqu'on n'est pas sûr ou qu'on ne sait pas simplement."

P04 : "oui pourquoi pas des référents mais il faudrait qu'il soient là et qu'ils répondent"

P07 : "Oui ça serait très intéressant d'avoir quelqu'un à l'ASE à qui on pourrait s'adresser très facilement pour discuter de nos situations délicates."

P08 : "J'aurais aimé avoir une autre personne avec moi avec qui discuter, qui a plus d'expérience sur le sujet. Comme lorsqu'on a un problème dans une spécialité, si on est pas sûr pour un problème cardiologique on appelle le cardiologue. Là devant une situation de maltraitance ça serait intéressant d'avoir un spécialiste aussi. Comme en métropole quoi, il y a des services médicaux judiciaires à côté des urgences très souvent, c'est le médecin légiste qui décide."

Disposer d'un moyen de recours rapide et disponible :

P04 : "oui, on attend des mesures innovantes et intelligentes, et on a pas l'impression qu'il y en a qui arrivent, enfin ils essayent de faire du copier coller avec la métropole. Mais ça suffit pas il faut essayer des choses plus innovantes."

P07 : "Un référent de l'aide sociale à l'enfance avec un numéro d'urgence qui serait joignable 24 heures sur 24 ce serait parfait. "

P08 : “il nous faut un référent médico-légal, comme ça dès que j’ai un souci sur une suspicion de maltraitance par exemple je l’appelle et au moins c’est beaucoup plus simple on discute. Même si la famille est difficile, il faut juste se mettre à côté et avoir son avis pour pouvoir trancher, donc un numéro de téléphone disponible.”

- Promouvoir l’éducation de la population et l’amélioration des conditions de vie, augmenter l’accès à toutes les structures de l’état

Le fait d’améliorer les conditions de vie des gens, d’améliorer l’accès à l’éducation, d’améliorer l’accès à la justice, de diminuer la peur de l’état à travers la peur de la police aux frontières, donner plus de moyen aux services de protection de l’enfance.

Améliorer les conditions de vie de la population :

P07 : “Il faut mettre le paquet sur la pauvreté et la précarité.”

Education et information de la population sur les problématiques :

P01 : “bah déjà commencer par des messages ,des informations sur la maltraitance, qu’ils en parlent à l’école, qu’ils sachent que ça existe pour oser venir en parler à quelqu’un par exemple nous les médecins généralistes si ça leur arrive.”

P03 : “Je ne sais pas mais je crois beaucoup en l’école des Mamans, des groupes de parole. Parce que parfois j’explique des choses aux mamans et elles tombent des nues, j’ai l’impression que c’est la première fois qu’elles entendent parler de ça.”

P07 : “Il y a un gros problème d’éducation et une grosse difficulté monumentale sur la précarité qui entraîne des malnutritions et des risques de maltraitance intra-familial, puis il faudrait voir les chiffres je ne sais pas trop, je pense qu’il faut

sensibiliser la population mahoraise sur la question des maltraitances et de l'inceste."

Améliorer les services de l'état :

P05 : "c'est ça encore et toujours plus d'informations, plus de communication, plus de formations régulières. Des structures d'état qui fonctionnent sur qui on peut compter, qui sont fiables et qui répondent. "

P07 : "Il faut mettre le paquet sur la pauvreté et la précarité. Il faudrait tout tirer vers le haut. Ça passe par l'école, les associations, le conseil général, la justice et évidemment le nombre de médecins"

Augmenter les capacités des services de protection de l'enfance :

P01 : " même pour les solutions de repli, ils sont déjà en manque de place pour la situation de péril imminent. Il faut absolument développer tout secteur social, il faut tout développer, le nombre d'éducateurs, le nombre d'assistantes sociales, le nombre de placement en accueil"

P05 : " je souhaite par-dessus tout un investissement massif dans le personnel et dans l'aide sociale à l'enfance pour Mayotte et pour le futur de Mayotte"

P08 : "il faut le financer beaucoup plus, plus d'assistantes sociales, plus de psychologues, et aussi mettre en place des aides médicaux psychologiques, est-ce que tu vois tous ces mineurs, il faudrait qu'ils voient des psychologues pour ne pas que ça impacte les futurs adultes qu'ils seront; [...] Il faut un service spécifiquement dédié à la protection de l'enfance, ici la population est très jeune, la moitié même de la population a moins de 18 ans donc ce sont des enfants, et devant cette situation de précarité extrême il faut créer un service de protection de l'enfance. Les enfants, c'est le futur de Mayotte. Il faut les prendre en charge dans la globalité."

Annexe 3 : Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
1.	Enquêteur animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Lapere Louis
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin non thésé
3.	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Certains oui, d'autres non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	théorisation ancrée

Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel et/ou par téléphone
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	8
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0

Contexte :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Selon la préférence et la disponibilité des interviewés
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Ils sont présentées dans le tableau récapitulatif au chapitre « Résultats »

Recueil des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni, testé lors des 2 premiers entretiens.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants

20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 28 minutes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	oui
23.	Retour des retranscriptions	Retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Trois personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Pas d'arbre de codage
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Pas de logiciel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui

31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	oui

RESUME / ABSTRACT

Etude qualitative : perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes de Mayotte.

Résumé

Introduction : La maltraitance infantile est un problème sociétal majeur qui touche entre 10 à 22% des enfants en fonction des études. Paradoxalement, les médecins généralistes semblent peu impliqués dans les pratiques courantes de dépistage et de prise en charge. Le but de cette étude est de comprendre quelles sont les perceptions de la maltraitance infantile par les médecins généralistes à Mayotte.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative auprès de 8 médecins généralistes travaillant à Mayotte, avec recueil des données par entretiens individuels semi-ouverts et analyse par triangulation des données inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les résultats ont mis en évidence une perception de la maltraitance infantile, par les médecins, comme rare, cantonnée à la violence physique, sexuelle et à la dénutrition, omettant la négligence et les autres formes. Cette perception est hétérogène en fonction du lieu et type d'exercice des médecins, ainsi que de leurs préjugés. Enfin, elle est également influencée par le contexte de Mayotte (pauvreté, immigration et situation sociale), ce qui amène à s'interroger sur un seuil de perception de la maltraitance infantile différent de celui de la métropole.

Conclusion : Afin de protéger les enfants et prévenir des conséquences à long terme de la maltraitance, les médecins doivent réaliser les démarches d'alerte devant des situations d'enfance en danger. Pour cela, il faut former les médecins généralistes, afin d'avoir une vision homogène et consensuelle de la maltraitance, tout en créant des outils de dépistage spécifiques à la situation de Mayotte.

Discipline : Médecine Générale, pédiatrie

Mots-Clés : Médecine Générale, maltraitance infantile, protection de l'enfance

Qualitative study : Perception of child abuse by General Practitioners in Mayotte

Abstract

Background : Child abuse is a major societal problem that affects between 10 to 22% of children, depending on the study. Paradoxically, general practitioners seem to be little involved in current screening and management practices. The aim of this study is to understand the perceptions of child abuse by general practitioners in Mayotte.

Method : This is a qualitative study of 8 general practitioners working in Mayotte, with data collection by individual semi-directed interviews and analysis by data triangulation inspired by grounded theory.

Results : The results highlighted a perception of child abuse by doctors as rare, limited to physical and sexual violence and malnutrition, omitting neglect and other forms. This perception is heterogeneous according to the place and type of practice of the doctors, as well as their prejudices. Finally, it is also influenced by the context of Mayotte (poverty, immigration and social situation), which leads us to wonder about a different threshold of perception of child abuse than in mainland France.

Conclusion : In order to protect children and prevent the long-term consequences of maltreatment, doctors must carry out alert procedures in situations of children at risk. To do this, general practitioners need to be trained in order to have a homogenous and consensual vision of child abuse, while creating screening tools specific to the situation in Mayotte.

Discipline : General practice, Pediatrics

Keywords : General practice, child abuse and neglect, child welfare