



HAL
open science

Impact d'une vidéo sur les connaissances des médecins généralistes concernant le repérage de la maltraitance physique des enfants : étude quasi-expérimentale avant-après

Aurélie Beraud

► To cite this version:

Aurélie Beraud. Impact d'une vidéo sur les connaissances des médecins généralistes concernant le repérage de la maltraitance physique des enfants : étude quasi-expérimentale avant-après. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03920539

HAL Id: dumas-03920539

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03920539>

Submitted on 3 Jan 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Aurélie BERAUD

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2022

Impact d'une vidéo sur les connaissances des médecins généralistes concernant le repérage de la maltraitance physique des enfants : étude quasi-expérimentale avant-après.

Président : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur de thèse : Madame le Professeur Elise LAUNAY

Remerciements

Au Président du jury

A Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Elise LAUNAY, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de recherche et de m'avoir accompagnée tout au long de celui-ci.

A Madame le Docteur Nathalie VABRES, merci pour votre participation à ce travail et de me faire l'honneur de participer à ma soutenance.

A Mesdames les Docteurs Gaëlle PENDEZEC et Rosalie ROUSSEAU, merci de me faire l'honneur d'examiner ce travail et d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Aux professionnels (para)médicaux m'ayant apporté une aide durant cette thèse

A Madame le Docteur Margaux LEMESLE, merci pour votre aide pour la correction des cas cliniques.

A Madame Flora BLANGIS, merci de m'avoir partagé votre vidéo, très complète et de qualité.

A ma famille

A mes parents, pour leur soutien au quotidien depuis toujours, et qui m'ont permis d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui. Vous aurez le droit à quelques ordonnances gratuites.

A ma sœur, Pioupi, avec qui je passe de si bons moments, merci d'être là et vivement nos vacances au Pérou ! Beaucoup de bonheur avec Aurélien (et bienvenue dans la famille !)

A ma grand mère, soutien infailible, même si je ne suis que médecin et non pas guérisseur.

A mon oncle, au plaisir de te voir chaque fois que c'est possible.

A mes amis

Celles qui sont là depuis toujours, Clarisse et Alizée, depuis l'école primaire et pour longtemps encore. Lucile depuis le lycée, toujours aussi pétillante. Mon Umélia, pour avoir éclairé cette P1 passée ensemble, et pour tous tes encouragements.

La team de PO, Claire, Marie, Mado, Elise, Clarice, Charles, Nico et Boris, pour ces années passées ensemble, ces vacances et ces soirées de folie.

Clément, un grand merci pour ton aide précieuse durant cette thèse, excel n'a (presque) plus de secret pour moi maintenant.

Ceux ayant permis le meilleur début d'internat possible avec la team de la MAG et bien sûr la vilaine coloni* ayant permis le meilleur confinement imaginable. Avec une spéciale dédicace à mes colocs d'amour Hélène, Lénie et Thomas pour me supporter au quotidien.

A toutes les autres belles rencontres durant cet internat, la team de la Roche sur Yon, la team des urgences pédiatriques et la team de Saint Nazaire.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	6
1. INTRODUCTION.....	7
2. METHODES	10
a) Type d'étude	10
b) Population.....	10
c) Intervention	10
d) Critère d'évaluation principal	12
e) Critères secondaires	13
f) Comparaison.....	13
g) Analyse statistique	13
h) Ethique	13
3. RESULTATS.....	14
a) Population	14
b) Critère d'évaluation principal	14
c) Critères secondaires.....	17
4. DISCUSSION	20
5. CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXES	33

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

FMC : Formation Médicale Continue

IC : Intervalle de Confiance

IP : Information Préoccupante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

UAMJP : Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques

UAPED : Unités d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. On considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes [1].

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance). De plus, cette loi a confié au président du conseil départemental la charge du recueil et du traitement de l'ensemble des informations préoccupantes concernant des mineurs. Pour ce faire, des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP), placées sous l'autorité du président du conseil départemental, centralisent le recueil de ces informations, pour que la situation du mineur concerné soit évaluée par les services du conseil départemental et que ceux-ci mettent en œuvre les actions relevant de leur compétence [2].

La Loi du 14 mars 2016 conforte le rôle des cellules de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes en plaçant l'enfant au centre de l'intervention et en renforçant les exigences d'évaluation des situations à risque [3].

D'après l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), au 31 décembre 2019, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 312 500 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 21,7 ‰ des mineurs, soit une augmentation de 1,6 % du nombre

de mineurs par rapport à 2018 [4]. En Loire-Atlantique, en 2019, 5773 mineurs étaient concernés par une mesure de protection, dont la moitié environ sont confiés [5].

La maltraitance physique concerne 4 à 16 % des mineurs dans les pays à hauts revenus [6]. Son diagnostic est complexe et repose sur l'anamnèse, les examens cliniques, biologiques et d'imagerie pouvant exposer à un risque de retard diagnostique et de récurrence [7].

De plus, elle expose à des conséquences préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et sur son développement physique et psychologique (tel qu'un repli sur soi, des troubles des apprentissages, des troubles du sommeil, une propension à la violence...). Malheureusement, la maltraitance peut entraîner le décès de l'enfant, en France un enfant meurt tous les 5 jours. C'est pourquoi il est important de repérer au mieux la maltraitance infantile.

Les Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques (UAMJP) ont été imaginées en 1997, au cours de travaux menés au sein de La Voix De l'Enfant, par des magistrats, médecins, travailleurs sociaux, juristes et représentants d'associations, afin de concilier les besoins des mineurs victimes de violences et les besoins de l'enquête [8]. Les UAMJP sont, par la suite, devenues les Unités d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger (UAPED). C'est une équipe pluridisciplinaire réunissant pédiatres, psychologue, pédopsychiatre, puéricultrice, assistante sociale, chirurgien infantile, secrétaire, et pédiatre ou médecin légiste. Elle est référente pour le repérage et le diagnostic des situations de violences faites aux enfants et aux adolescents. Cette unité assure deux missions : elle donne des avis spécialisés et coordonne le parcours judiciaire des mineurs victimes. Aujourd'hui, 64 UAPED sont ouvertes sur le territoire français et en Europe de l'Est dont une des premières en France au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Nantes [9].

Le parcours de soins est compliqué et les médecins généralistes sont généralement les professionnels médicaux de premier recours. Il est important qu'ils soient formés au repérage et à la prise en charge de la maltraitance infantile. Néanmoins, des freins ont déjà été mis en évidence dans plusieurs thèses et travaux publiés : absence d'outils validés, manque de temps, difficulté à faire parler l'enfant, manque de formation, manque de connaissance sur la conduite à tenir,... [10-12]

Certains pays, comme les Pays Bas [13-14] ou le Canada [15], ont développé des questionnaires afin de détecter les enfants victimes de violences. Néanmoins, aucun de ces outils n'est parfait et de nombreux enfants restent non détectés [16].

En France, il n'existe pas d'outils consensuels validés pour le dépistage du risque de maltraitance ou d'outil de repérage précoce de la maltraitance.

Une thèse, réalisée en Loire Atlantique en 2016, mettait en avant l'utilité d'un outil sur l'information préoccupante à destination des médecins généralistes [17]. Cet outil correspond à une plaquette concernant la prise en charge des enfants et adolescents en danger et elle est actuellement distribuée par le conseil général de Loire-Atlantique. L'outil testé a permis d'améliorer significativement les connaissances des médecins généralistes sur l'information préoccupante.

Dans cette perspective, se pose la question d'utiliser d'autres moyens d'informations. Plusieurs études mettent en avant l'intérêt d'une vidéo sur la formation médicale [18-24]. Différents avantages semblent exister avec notamment un meilleur ancrage dans la mémoire grâce à ce support à la fois visuel et auditif. De plus, face à des emplois du temps chargés, la vidéo est un moyen d'information facilement accessible. Cet outil a notamment été validé pour la formation médicale continue sur les connaissances et les attitudes face à la violence

interpersonnelle [19]. De plus, un effet bénéfique d'une courte vidéo éducative sur les représentations de l'électro-convulsivothérapie par les psychiatres a été démontré dans une autre étude [22]. Dans une recherche portant sur l'efficacité d'un programme vidéo de formation aux technologies des services des personnes âgées pour les professionnels de la santé, les résultats ont révélés que le programme vidéo était efficace pour accroître la sensibilisation et permettre une meilleure connaissance de ces aides aux personnes âgées [23].

Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt d'une vidéo portant sur l'explication des drapeaux rouges devant pousser le médecin généraliste à suspecter une maltraitance ainsi que sur la prise en charge avec les interlocuteurs à contacter en Loire-Atlantique.

L'objectif est donc de rechercher dans quelle mesure la visualisation de cette vidéo pourrait modifier les connaissances et éventuellement les pratiques de médecins généralistes déjà formés à la pédiatrie, pour aider au repérage de la maltraitance. Les objectifs secondaires concernent l'acceptabilité de ce nouvel outil par la population étudiée et son retour sur la vidéo, ainsi que les freins au repérage de la maltraitance infantile en consultation et les difficultés rencontrées une fois le repérage réalisé.

2. METHODES

a) Type d'étude

Il s'agit d'une étude interventionnelle avant/après visualisation d'une vidéo portant sur le repérage diagnostic et la conduite à tenir de la maltraitance physique infantile, avec les interlocuteurs à contacter, proposée aux médecins généralistes (N= 350) participant à la journée de FMC (Formation Médicale Continue) pédiatrique de Nantes.

b) La population

La population étudiée correspond à des médecins généralistes (N= 64) ayant participé à la journée « Questions et Controverses » organisée par des pédiatres du CHU de Nantes et donc sensibilisés à la pratique pédiatrique.

c) L'intervention

La vidéo a été créée initialement par Flora Blangis dans le cadre de son projet consacré à « *l'étude des retards diagnostiques de la maltraitance physique du jeune enfant* ». Une partie de sa thèse porte sur l'étude du parcours de soin avant le diagnostic de la maltraitance d'enfants ayant été hospitalisés dans l'Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger (UAPED) du CHU de Nantes. J'ai, par la suite, modifiée la vidéo, afin de la rendre plus synthétique et donc plus adaptée comme moyen de communication aux médecins généralistes [Annexe 1].

Avant la visualisation de la vidéo, les médecins généralistes ont été invités à répondre à 3 cas cliniques portant sur différents types de maltraitance (physique, sexuelle et négligence), essayant de se rapprocher le plus possible de situations pouvant se retrouver en consultation de médecine générale, ainsi qu'à deux questions ouvertes portant sur les feins au repérage de la maltraitance infantile et les difficultés rencontrées une fois le repérage réalisé [Annexe 2]. Après une première rédaction, j'ai soumis mes cas à la Professeure Elise Launay, ma directrice de thèse, qui m'a aidée à apporter des modifications. Nous avons, par la suite, envoyé ces cas cliniques à des pédiatres travaillant à l'Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger, la Docteure Nathalie Vabres et la Docteure Margaux Lemesle, afin qu'elles puissent les corriger et les valider.

Une fois ces étapes réalisées, nous avons envoyé par mail nos cas cliniques à notre population de médecins généralistes. A la fin des cas cliniques, se trouvaient le lien vers la vidéo et un lien

vers un questionnaire de 10 questions [Annexe 3]. En premier lieu, ce questionnaire visait à collecter des informations relatives au profil du médecin interrogé (lieu d'exercice, appartenance au réseau Santé Protégé, une antériorité de participation à une formation sur la maltraitance infantile et la connaissance du texte de loi relatif à l'interdiction des violences éducatives ordinaires [25]). Secondairement, le but était de recueillir l'avis des médecins sur le mode de communication étudié et son contenu. Enfin, une des questions concernait l'approbation ou non de participer au post-test consistant à répondre à 3 nouveaux cas cliniques. Les médecins ayant répondu par l'affirmative à la question précédente ont donc reçu les nouveaux cas cliniques [Annexe 4]. Ces nouveaux cas cliniques portaient sur les 3 mêmes types de maltraitance (physique, négligence et sexuelle). Malgré quelques changements dans les énoncés, les réponses étaient globalement semblables aux premiers cas cliniques.

La figure 1 (Fig. 1) correspond à la frise chronologique du recueil des données.

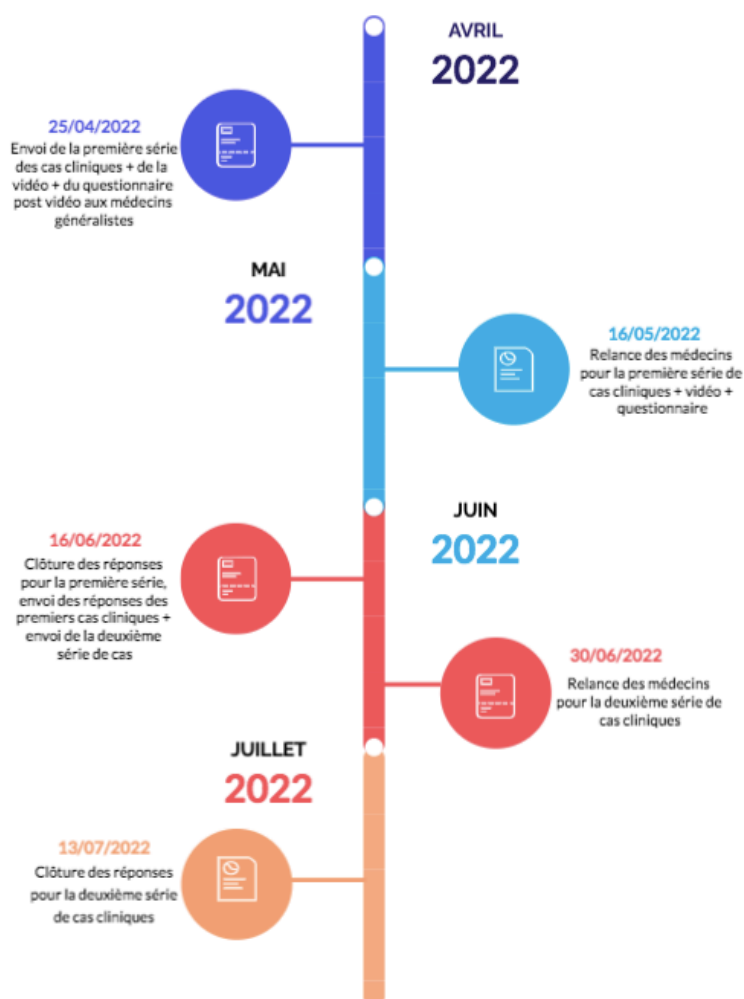


Figure 1.
Frise chronologique du recueil des données

d) Critère d'évaluation principal

Le but de cette thèse était d'évaluer un nouvel outil d'information et de formation par le biais d'une vidéo. Nous avons cherché à connaître son impact sur les connaissances et les potentielles modifications pratiques grâce aux pourcentages de bonnes réponses obtenus aux cas cliniques par les médecins généralistes par rapport à celles des experts.

Les réponses des Docteurs Nathalie Vabres et Margaux Lemesle aux cas cliniques correspondent aux réponses des experts.

Pour cela, pour chaque question j'ai attribué 1 point en l'absence d'erreur, 0,5 dans le cas où il y avait une erreur, 0,25 si il y avait deux erreurs et 0 point si il y avait plus de 3 erreurs (exceptées pour certaines questions à réponse unique où les participants ne pouvaient obtenir que 1 ou 0). Les praticiens obtenaient donc une note sur 3 ou 4 (si il y avait 3 ou 4 questions) que j'ai transformé en pourcentage.

e) Critères secondaires

En critères secondaires, nous avons cherché à connaître le retour des médecins sur l'outil et son acceptabilité. En effet, en cas de retour positif, on peut penser que les médecins généralistes interrogés diffuseront l'information auprès de leurs pairs. Pour cela, nous avons utilisé une échelle de Likert.

Par ailleurs, nous avons étudiés les freins au repérage de la maltraitance infantile en consultation et les difficultés rencontrées une fois le repérage réalisé grâce à des questions ouvertes. Par analogie de sens, les réponses obtenues ont été regroupées en catégories.

f) Comparaison

Nous avons comparé les réponses obtenues aux cas cliniques avant le visionnage de la vidéo avec celles obtenues après son visionnage, afin de dégager les bénéfices éventuels sur la formation et l'information des médecins généralistes.

g) Analyse statistique

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel STATA (version15). Les données qualitatives ont été décrites par des pourcentages avec intervalle de confiance (IC) à 95 % et les données quantitatives par des moyennes (distribution des variables normale). Pour comparer les données, le test t (ou test de Student) a été utilisé.

h) Ethique

Cette étude ne s'inscrit pas dans le cadre de la loi Jardé.

Le consentement des médecins généralistes a été recueilli de façon indirecte pour la participation à cette recherche. En effet, ceux-ci ont choisi de répondre aux cas cliniques et au questionnaire.

3. RESULTATS

a) La population

Nous avons recueilli pour le premier questionnaire (Q1), comportant 3 cas cliniques, 64 réponses. Les répondants exerçaient principalement en Loire-Atlantique (80% [IC : 69 – 90%]) et en Vendée pour le reste. Une minorité faisait partie du réseau Santé Protégée (17% [IC : 7-27%]). Un peu moins de la moitié des praticiens interrogés avait déjà suivi une formation sur la maltraitance infantile (48% [IC : 35 – 61%]).

Concernant le texte de loi N° 2019-721 du 10 juillet 2019 relatif à l'interdiction des violences éducatives ordinaires 39% [IC : 26 – 52%] des médecins ne le connaissait pas. Parmi les professionnels le connaissant, seulement 32% [IC : 12 – 52%] d'entre eux l'abordaient avec les familles.

Pour la seconde série de cas cliniques (Q2), nous avons recueilli 40 réponses.

Les 2 populations étudiées avant et après la diffusion de l'outil d'information n'ont pas été appariées en raison de l'anonymat des questionnaires, cependant le deuxième échantillon était issu du premier.

b) Critère d'évaluation principal : effet sur les réponses aux questionnaires

La distribution des scores aux questionnaires 1 et 2 répondait à une loi normale (Fig. 2 et 3). Nous avons donc analysé et comparé les moyennes des scores de chaque cas clinique, ainsi que la moyenne par personne sur l'ensemble des cas cliniques du Q1 et du Q2.

Pour le premier cas clinique de la première série (Q1C1), les participants ont obtenu en moyenne 77% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts (médecins de l'Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger).

Pour le second cas clinique de la première série (Q1C2), les praticiens ont obtenu une moyenne de 67% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts.

Pour le troisième cas clinique de la première série (Q1C3), les médecins généralistes ont obtenu une moyenne de 71% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts.

La moyenne par personne des 3 cas cliniques (M1) obtenue par les participants était de 71% au Q1.

Pour le premier cas clinique de la seconde série (Q2C1), les participants ont obtenu en moyenne 77% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts.

Pour le second cas clinique de la seconde série (Q2C2), les praticiens ont obtenu une moyenne de 69% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts.

Pour le troisième cas clinique de la seconde série (Q2C3), les médecins généralistes ont obtenu une moyenne de 72% de bonnes réponses par rapport aux réponses données par les experts.

La moyenne par personne des 3 cas cliniques (M2) obtenue par les participants était de 73% au Q1.

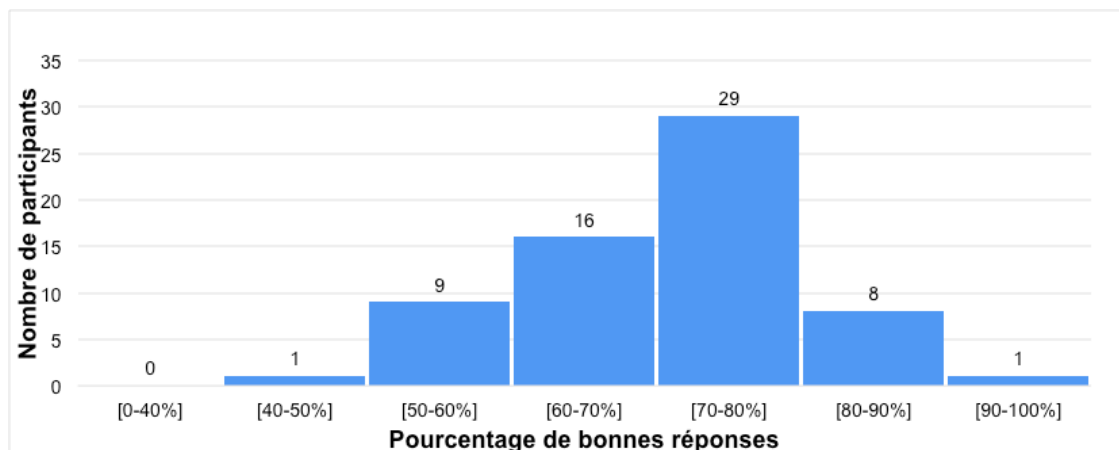


Figure 2. Histogramme des moyennes des scores au questionnaire 1

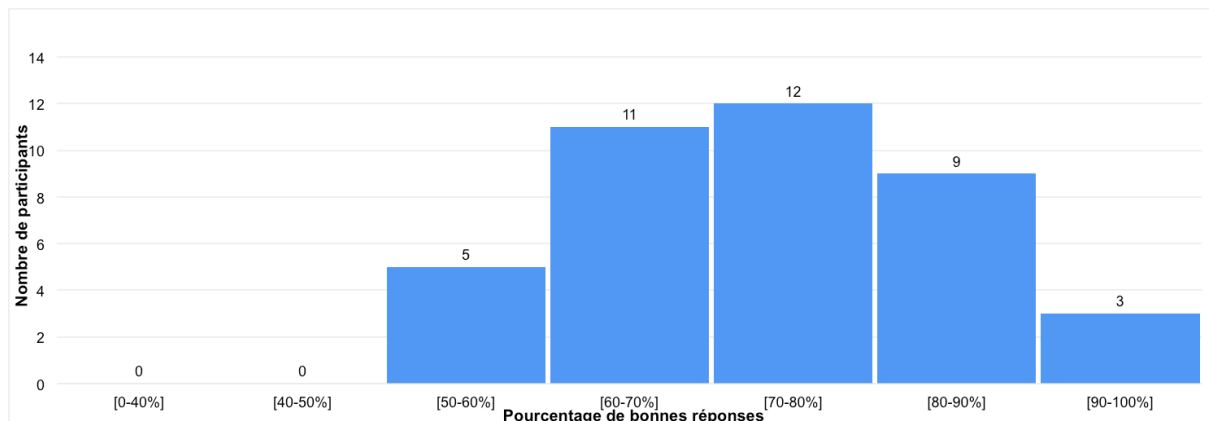


Figure 3. Histogramme des moyennes des scores au questionnaire 2

Le score des médecins généralistes au premier cas clinique après visualisation de la vidéo n'était pas significativement différent par rapport à celui obtenu avant utilisation de l'outil ($p = 0,5106$). Les différences de scores n'étaient pas non plus significatives pour le deuxième cas clinique ($p = 0,2614$), le troisième cas clinique ($p = 0,3578$) et la moyenne par personne ($p = 0,2865$) (Tableau 1).

Tableau 1. Comparaison des moyennes des scores de réponses aux 2 questionnaires

	Moyenne /100	Quartiles [Q1-Q3]	Comparaison
Q1C1	77	[72-88]	$p = 0,5106$
Q2C1	77	[67-83]	
Q1C2	67	[53-78]	$p = 0,2614$
Q2C2	69	[58-83]	
Q1C3	71	[67-75]	$p = 0,3578$
Q2C3	72	[58-83]	
M1	71	[67-78]	$p = 0,2865$
M2	73	[64-82]	

La question portant sur l'attitude la plus appropriée en cas de suspicion de maltraitance physique (3^{ème} question des premiers cas cliniques dans les Q1 et Q2) a obtenu une moyenne de 49% de bonnes réponses dans le Q1 contre 81% dans le Q2, soit une progression significative ($p < 0,001$).

La question portant sur les drapeaux rouges devant faire suspecter une situation de maltraitance (1^{ère} question des deuxièmes cas cliniques dans les Q1 et Q2), a obtenu une moyenne de 79% de bonnes réponses dans le Q1 contre 78% dans le Q2, soit une absence de progression significative.

La question portant sur l'attitude la plus appropriée en cas de suspicion de négligence (3^{ème} question des deuxièmes cas cliniques dans les Q1 et Q2), a obtenu une moyenne de 55% dans le Q1 contre 84% dans le Q2, soit une progression significative ($p < 0,001$)

La question 3 du 3^{ème} cas clinique, portant sur les violences sexuelles, différait quelque peu entre les deux questionnaires, néanmoins alors que 97% et 67% des participants demandaient un avis, respectivement, à l'UAPED et aux urgences pédiatriques dans le Q1, ils sont 100% et 71% à adresser un patient pour une prise en charge psycho-médico-social à l'UAPED et aux urgences pédiatriques dans le Q2.

c) Critères secondaires

Retour des médecins généralistes sur l'outil

Au total, 41% [IC : 28 – 53%] des praticiens interrogés étaient tout à fait d'accord concernant le fait que le moyen de communication étudié dans ce travail apportait une plus value par rapport à un support écrit. 47% [IC : 34 – 54%] des médecins étaient plutôt d'accord. 9% [IC : 2 – 17%] n'avaient pas d'avis tranché et 3 % [IC : -2 – 8%] n'étaient plutôt pas d'accord avec cela.

Parmi les professionnels ne trouvant pas ce mode de communication adéquat, certains ont souligné l'intérêt d'une plaquette à avoir à portée de main au cabinet.

Concernant l'apport de connaissances, 86% [IC : 77 – 95%] des médecins interrogés indiquaient que la vidéo leur a apporté au moins quelques informations qu'ils ne connaissaient pas (un peu pour 63% [IC : 50 – 75%], voire beaucoup pour 23% [IC : 12 – 35%]) contre 14% [IC : 5 – 23%] pour qui la vidéo n'a apporté aucune nouvelle connaissance.

Concernant la diffusion de la vidéo, 75% [IC : 64 – 86%] des médecins généralistes interrogés trouvaient intéressant de diffuser cette vidéo à d'autres départements en ajustant les interlocuteurs à contacter. 19% [IC : 8 – 29%] étaient plutôt d'accord avec cette affirmation, 3% [IC : -2 – 8%] n'avaient pas d'avis tranché tandis que 3% [IC : -2 – 8%] n'étaient pas d'accord avec cela.

Suite à la lecture des remarques, la vidéo semble avoir été appréciée par les participants de l'étude, notamment la partie sur comment aborder le sujet avec les enfants en consultation.

Par ailleurs, il a été notifié, par deux médecins généralistes de l'étude, qu'une partie sur la prise en charge des violences sexuelles pourrait être intéressante. De plus, un annuaire, avec par exemple le contact de psychologues, pour adresser les enfants a également été suggéré par des médecins.

Freins au repérage de la maltraitance infantile et difficultés rencontrées une fois le repérage effectué

La première question ouverte de Q1 interrogeait les médecins généralistes sur le frein le plus important pour eux au repérage de la maltraitance infantile. Différentes réponses sont ressorties dont deux majoritaires : le fait de connaître et de suivre la famille et le temps de consultation trop court. De façon plus anecdotique, certains praticiens ont relevé l'absence de connaissance des signes d'alerte ou des consultations rares de certaines familles, ainsi que le silence des enfants comme freins au repérage (Tableau 2).

Tableau 2. *Réponses des médecins à la question : quel est selon vous le frein le plus important au repérage de la maltraitance en médecine générale ?*

	n	%
Connaître la famille	18	34
Temps de consultation trop court	17	32
Non connaissance des signes d'alerte	9	17
Consultations rares	5	9
Silence des enfants	4	8

La seconde question ouverte de Q1 interrogeait les médecins généralistes sur les difficultés rencontrées une fois le repérage effectué. Les problématiques administratives sont ressorties au premier plan, notamment la prise en charge avec les démarches à débiter et les interlocuteurs à contacter. Par ailleurs, plusieurs praticiens ont souligné la peur de rompre le lien de confiance avec les familles et la difficulté à aborder le sujet avec celles-ci. En 3^{ème} place, différents médecins ont indiqué avoir des difficultés à juger de l'urgence de la situation, notamment en cas d'incertitude diagnostique (Tableau 3).

Tableau 3. Réponses des médecins à la question : lorsque vous repérez une maltraitance, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ?

	n	%
Démarches à effectuer	12	19
Interlocuteurs à contacter	18	28
Rompre le lien de confiance/Aborder le sujet avec les parents	14	22
Juger de l'urgence	5	8
Lenteur des procédures/Absence de retour	5	8
Solitude du médecin	4	6
Incertitude diagnostique	6	9

4. DISCUSSION

Cette étude montre que ce nouvel outil d'information et de formation n'a pas eu d'impact significatif sur les connaissances des médecins généralistes ayant participé à la journée de

FMC du CHU de Nantes. En effet, les moyennes aux cas cliniques avant visualisation de la vidéo sont sensiblement les mêmes que celles obtenues après visualisation de l'outil. On peut supposer que notre population d'étude, avait déjà un bon niveau de connaissance sur la maltraitance physique infantile. En effet, avant la visualisation de la vidéo, la moyenne de bonnes réponses, par rapport à celles des experts, était déjà de 77%. Les médecins généralistes de cette étude sont issus des destinataires des mails indiquant les modalités des journées de formation de pédiatrie du CHU. De plus, ce travail est basé sur le volontariat. On peut donc supposer que notre population étudiée était déjà intéressée par le sujet de l'enfant en danger et avait de bonnes connaissances théoriques.

Une partie de la vidéo étudiée portait sur les drapeaux rouges devant alerter le médecin généraliste. Aux questions correspondantes (Q1C1q1, Q2C1q1, Q1C2q1 et Q2C2q1), les médecins généralistes ont obtenu de bons résultats, soit respectivement 77%, 53%, 79% et 78%. Les erreurs rencontrées à ces questions concernaient essentiellement les facteurs de risque. En effet, dans le deuxième cas clinique, il était demandé aux médecins généralistes ce qu'ils recherchaient lors de leur interrogatoire et de leur examen clinique. 18% des médecins généralistes n'ont pas considéré la proposition à propos des violences conjugales comme étant correcte dans le premier questionnaire, et ils étaient 32% à ne pas l'avoir coché dans Q2. Or, il est important de le rechercher lors de notre interrogatoire. En effet, une étude a montré qu'un antécédent de violence domestique était un facteur de risque important de maltraitance infantile [26]. Par ailleurs, les violences conjugales affectent le développement et la santé mentale de l'enfant. Il existe généralement un chevauchement entre l'exposition de l'enfant à des violences domestiques et d'autres types de violences infantiles. Une étude réalisée par Szilassi et al montrait l'intérêt de développer une formation pour les médecins généralistes sur le lien entre les violences conjugales et le préjudice potentiel qu'elles représentent pour les enfants [27]. Les premiers résultats de cette étude étaient prometteurs [28]. Sur le même principe, la proposition de loi n°4747 vise à protéger les enfants exposés aux violences au sein d'un couple [29].

Néanmoins, même si il est important de rechercher ces facteurs de risque, il faut rappeler qu'ils ne permettent pas de poser le diagnostic de maltraitance infantile. Pour le premier cas clinique, il était demandé aux médecins quels éléments diagnostics pouvaient faire suspecter des lésions infligées. Au total, 38% des répondants à Q1 ont considéré la proposition « le fait que la mère ait un nouveau conjoint » comme étant vraie. De même, 83% des répondants de Q2 ont considéré la proposition « antécédent de violence du père » comme vraie. Cette proposition correspond à un facteur de risque et non un élément diagnostique. Jean Labbé écrivait, en 2013, dans un éditorial au sujet de la prise en charge de la maltraitance infantile que « Les facteurs de risque sont utiles pour identifier une population vulnérable, au risque de maltraitance plus élevé. Par contre, ils n'ont aucune utilité pour diagnostiquer un cas précis » [30].

La dernière partie de la vidéo étudiée concernait la prise en charge de la maltraitance infantile avec notamment les interlocuteurs à contacter. Plusieurs items des questionnaires abordaient également ces sujets, c'était le cas notamment des questions 3 des différents cas cliniques. Ces questions font partie de celles ayant obtenues la moins bonne moyenne de bonnes réponses au premier questionnaire. Pour les cas cliniques 1 et 2, suite à la suspicion de maltraitance physique et de négligence, il était demandé aux médecins généralistes, quelle était, pour eux, l'attitude la plus appropriée à avoir. Pour le premier cas clinique, les médecins généralistes ont progressé après visualisation de l'outil. En effet, la moyenne de bonnes réponses obtenue est passée de 49% pour le Q1 à 80% pour le Q2 ($p < 0,001$). Étaient comptés juste le fait de prendre un avis auprès de l'UAPED et la rédaction d'une IP. Alors que les médecins généralistes n'étaient que 42% à rédiger une IP dans Q1, ils sont 83% à avoir coché cette réponse dans Q2. À l'inverse dans les deux cas, ils sont environ 12% à appeler les urgences pédiatriques pour organiser une hospitalisation. Nous n'avons pas compté cette dernière réponse comme juste mais elle n'est pas foncièrement fausse, ce n'était simplement pas l'attitude la plus appropriée à la circonstance. Pour cet item, un score pondéré aurait pu être intéressant. Pour le deuxième cas clinique, nous avons observé la même tendance

d'amélioration avec une moyenne passant de 55% pour le Q1 à 84% pour le Q2 ($p < 0,001$). Dans ce cas, étaient comptés comme juste l'appel des urgences pédiatriques afin d'organiser une hospitalisation et la rédaction de l'IP. Comme pour le premier cas, on remarque une nette progression du pourcentage de bonnes réponses pour la rédaction de l'IP (30% versus 83%). Suite aux résultats de ce travail de recherche, on peut supposer que le parcours de soins n'est peut être pas évident pour certains médecins généralistes. Par ailleurs, on peut émettre l'hypothèse que la vidéo a eu un impact bénéfique sur ces connaissances. Néanmoins les questions abordant le sujet étaient minoritaires dans les cas cliniques, et n'ont donc pas eu d'impact sur le résultat global. On peut donc supposer que les très bonnes connaissances, de base, des médecins généralistes sur les drapeaux rouges ont permis de compenser certaines lacunes concernant le parcours de soin. D'ailleurs, ces lacunes dans le parcours de soins ont déjà été mises en évidence lors de deux travaux de recherche soulignant la mauvaise connaissance des médecins généralistes [31] et des pédiatres [12] en terme d'information préoccupante. Pour pallier à cela, Michaud et al a démontré l'utilité d'un outil d'information, spécifique sur l'IP pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique permettant une amélioration de leurs connaissances [32].

Pour le 3^{ème} cas clinique, l'intitulé de la question différait quelque peu entre les deux questionnaires. En effet, pour Q1, il était demandé quels professionnels les médecins généralistes pouvaient contacter pour un avis en cas de violence sexuelle, alors que dans Q2, les participants étaient questionnés sur les structures permettant une prise en charge psychomédico-social. Comme les questions sur l'orientation des enfants, celles-ci font partie de celles ayant obtenu la moins bonne moyenne de bonnes réponses (25% pour Q1 et 59% pour Q2). On peut émettre l'hypothèse que certaines activités de l'UAPED sont méconnues des médecins généralistes. Vabres et al, rappelle dans un plaidoyer les missions de ce pôle de référence pédiatrique [33]. Il semble, en effet, important de souligner que cette unité regroupe une équipe

pluridisciplinaire permettant de coordonner le parcours de soins des mineurs victimes, mais également d'apporter des avis spécialisés.

A noter que, même si la vidéo portait essentiellement sur les violences physiques, on peut considérer que le parcours de soins est sensiblement le même pour les violences sexuelles et les négligences, de même que les interlocuteurs à contacter.

Concernant les freins au repérage de la maltraitance infantile rapportés dans cette étude, ceux-ci semblent en adéquation avec d'autres études portant sur le sujet [34-35]. Le frein le plus important mis en évidence dans ce travail de recherche correspondait au fait de connaître la famille. Par extension la peur de rompre le lien de confiance était une difficulté rapportée une fois le repérage de la maltraitance effectuée. Une étude réalisée par Sege R et al a mis en évidence que la réalisation d'un signalement était sans influence sur le suivi à 6 mois [36]. Concernant le temps de consultation trop court, rapporté comme étant une limite au repérage de la maltraitance, une solution pourrait être de reconvoquer l'enfant. Cela donnerait également l'occasion de prendre du recul sur la situation en cas de doute. Par ailleurs, la principale difficulté rapportée, une fois qu'un enfant en danger est repéré, est l'interrogation quant à l'interlocuteur à contacter. La vidéo réalisée permet de répondre à cette question avec les contacts et leurs coordonnées en Loire Atlantique.

L'échantillon de médecins généralistes ayant répondu à cette étude ne peut pas être considéré comme représentatif de la population générale de médecins généralistes car il n'a pas été tiré au sort. Par ailleurs, il est issu d'une population de médecins généralistes souhaitant se former en pédiatrie et donc possédant certainement plus de connaissances théoriques sur l'enfant en danger que la moyenne générale. De plus, on peut supposer que les répondants étaient ceux s'intéressant le plus à la question de la maltraitance infantile et donc plus susceptibles de répondre correctement aux questions posées.

Par ailleurs, le choix de l'anonymat correspond à un biais supplémentaire. En effet, les données n'ont, par conséquent, pas pu être appariées, ce qui aurait permis une meilleure comparaison avant/après visualisation de l'outil. Malgré cela, la population de médecins généralistes ayant répondu au second questionnaire était issue de la population initiale des 64 praticiens, on peut supposer qu'ils ne présentaient pas de différences significatives et étaient donc comparables. Enfin, la petite taille de notre échantillon a peut être également joué un rôle dans nos résultats. On peut émettre l'hypothèse que plus de participants auraient permis d'obtenir une significativité de nos résultats. Mais la durée courte de recueil des informations et sa proximité avec les vacances scolaires ont pu limiter le nombre de participants.

Concernant les forces de cette étude, on peut considérer ce travail comme se rapprochant d'un e-learning. En effet, la vidéo associée aux cas cliniques permettent d'apporter des nouvelles connaissances ou de compléter des informations déjà connues des médecins généralistes. De plus, la vidéo est un mode de communication à la fois visuel et auditif et facilement accessible.

Cet outil d'information a été bien reçu de notre population de médecins généralistes. Trois quarts d'entre eux trouvaient intéressant de diffuser cette vidéo. On pourrait tout d'abord imaginer la modifier en rajoutant une partie sur les violences sexuelles et la négligence. Puis, on pourrait également l'adapter à d'autres départements en ajustant les interlocuteurs à contacter. L'outil pourrait alors être publié, par exemple, sur le site de Réso'pédia. Par ailleurs, la vidéo pourrait, également, être proposée à une population de médecins moins formée en pédiatrie, comme par exemple à des internes de médecine générale. Le mode de e-learning avec également la publication des cas cliniques pourrait, alors, être utilisé. De plus, ce travail de thèse a permis de mettre en avant le bon niveau théorique des médecins généralistes participant aux journées de formation du CHU de Nantes, concernant la

maltraitance infantile. Il pourrait être intéressant de leur proposer de rejoindre le parcours de soins Santé Protégée 44.

5. CONCLUSION

La connaissance de la famille, la durée limitée d'une consultation ou une non connaissance des signes d'alerte sont des freins au repérage de la maltraitance infantile qui ont été relevés par notre population de médecins généralistes. De même, une fois le repérage effectué les difficultés rapportées sont, entre autres, la non connaissance des démarches à suivre ou des interlocuteurs à contacter. Il est donc important de pouvoir diffuser des moyens de communication adaptés aux praticiens, afin de les aider dans leur démarche de soins. Ce travail a permis de tester l'impact d'une vidéo sur les connaissances des médecins généralistes. Celle-ci a reçu un bon accueil auprès de notre population d'étude mais n'a pas eu d'impact significatif sur leurs connaissances. Or, notre population d'étude était déjà formée en pédiatrie, ce qui a pu limiter la marge de progression. Il serait intéressant de diffuser cette vidéo à des populations moins formées en pédiatrie, tels que des internes de médecine générale par exemple.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Organisation mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants [En ligne]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (consulté le 9 septembre 2021)

[2] Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JORF 2007;55:4215
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100> (consulté le 9 septembre 2021)

[3] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JORF. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/> (consulté le 9 septembre 2021)

[4] Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020. Publié en février 2021. Disponible sur https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf (consulté le 9 septembre 2021)

[5] Site du CHU de Nantes. Objectifs du réseau Santé Protégée 44. Disponible sur : <https://www.chu-nantes.fr/objectifs-sante-protegee-44> (consulté le 16 janvier 2022)

[6] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 2009 Jan 3 ;373(9657) :68–81.

[7] Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir; 2014, mis à jour 2017. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf (consulté le 9 septembre 2021)

[8] La Voix de l'Enfant. Les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger, un lieu adapté aux besoins des mineurs victimes ; publié le 20 novembre 2019. Disponible sur <https://www.lavoixdelenfant.org/actualite/les-unites-daccueil-pediatriques-enfant-en-danger-un-lieu-adapte-aux-besoins-des-mineurs-victimes/> (consulté le 18 mars 2022)

[9] Site du CHU de Nantes. Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger. Disponible sur <https://www.chu-nantes.fr/unite-d-accueil-des-enfants-en-danger> (consulté le 18 mars 2022)

[10] Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale [Th D Méd] Université de Paris 7 ; 2012.

[11] Renzi C, Farge T. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de médecins généralistes en Drôme- Ardèche [Th D Méd], Université de Lyon ; 2017.

[12] Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, Balençon M. Évaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance [Child protection: Pediatricians' knowledge and practices in Brittany]. Arch Pediatr. 2018 Apr;25(3):207-212. French. doi: 10.1016/j.arcped.2017.11.003. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29246523.

[13] Judith S Sittig, Cuno SPM Uiterwaal, Karel GM Moons, Edward ES Nieuwenhuis and Elise M van de Putte. Child abuse inventory at emergency rooms: CHAIN-ER rationale and design. *BMC Pediatr.* 2011 Oct 18; 11:91.

[14] Eveline C.F.M. Louwers, Ida J. Korfage, Marjo J. Affourtit, Madelon Ruige, Annette P.M. van den Elzend, Harry J. de Koninga et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. Elsevier Ltd. 2013. No. of Pages 7

[15] Beaumier M. Contribution à un meilleur dépistage des enfants maltraités à l'aide de deux instruments de mesure : CAP et TDVP. Mémoire présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières, comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie. Université du Québec, septembre 1998, 88 f.

[16] Jill R. McTavish, Andrea Gonzalez, Nancy Santesso, Jennifer C. D. MacGregor, Chris McKee and Harriet L. MacMillan. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. McTavish et al. *BMC Pediatrics* (2020) 20:113. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>

[17] Michaud E. Évaluation d'un outil d'information portant sur l'information préoccupante à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Th D Méd], Université de Nantes ; 2016.

[18] Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of video- tape in teaching. *J Intern Med.* 2000;15: 805–10.

[19] McCauley J, Jenckes MW, McNutt L-A. ASSERT: the effectiveness of a continuing medical education video on knowledge and attitudes about interpersonal violence. *Acad Med.* 2003;78:518-524.

[20] Balslev T, de Grave W, Muijtjens AM, Eika B, Scherpbier AJ. The development of shared cognition in paediatric residents analysing a patient video versus a paper patient case. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009 Oct;14(4):557-65

[21] Ho CM, Yeh CC, Wang JY, Hu RH, Lee PH. Curiosity in Online Video Concept Learning and Short-Term Outcomes in Blended Medical Education. *Front Med (Lausanne).* 2021 Nov 5;8:772956

[22] Pawlak S, Wathelet M, Olivier F, Fovet T, Amad A. Impact d'une vidéo pédagogique sur les croyances et représentations relatives à l'électro-convulsivothérapie chez les psychiatres des Hauts-de-France et d'Occitanie [Impact of an educational video on the representations of electroconvulsive therapy among psychiatrists in Hauts-de-France and Occitanie]. *Encephale.* 2021 Oct;47(5):441-444. French

[23] Weakley A, Tam JW, Van Son C, Schmitter-Edgecombe M. Effectiveness of a video-based aging services technology education program for health care professionals. *Gerontol Geriatr Educ.* 2019 Jul-Sep;40(3):339-356

[24] Dong C, Goh PS. Twelve tips for the effective use of videos in medical education. *Med Teach.* 2015 Feb;37(2):140-5.

[25] Texte de loi N° 2019-721 du 10 juillet 2019 relatif à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (J.O 11 juillet 2019)

[26] Vial A, van der Put C, Stams GJJM, Kossakowski J, Assink M. Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment: A network approach. *Child Abuse Negl.* 2020 Sep;107:104622. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104622. Epub 2020 Jul 11. PMID: 32663718.

[27] Szilassy E, Drinkwater J, Hester M, Larkins C, Stanley N, Turner W, Feder G: Making the links between domestic violence and child safeguarding: an evidence-based pilot training for general practice. *Health Soc Care Commun.* 2016, doi: 10.1111/hsc.12401

[28] Lewis N., Larkins C., Stanley N., Szilassy E., Turner W., Drinkwater J. & Feder G. (in press) Training on domestic violence and child safeguarding in general practice: a mixed method evaluation of a pilot intervention. *BMC Family Practice.*

[29] Proposition de loi N° 4747 du 30 novembre 2021 visant à protéger les enfants exposés aux violences au sein d'un couple. Disponible sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4747_proposition-loi#:~:text=Elle%20vise%20%C3%A0%20ce%20que,p%C3%A8re%20trouve%20une%20r%C3%A9alit%C3%A9%20concr%C3%A8te (consulté le 25 juillet 2022).

[30] Labbé J. La maltraitance envers les enfants et vous. *Paediatr Child Health* 2013;18:403–5.

[31] Balencon M, Arrieta A, You CA, et al. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. *Arch Pédiatr* 2016;23:21–6.

[32] Michaud E. J. Fleury, E. Launay, G. Pendezec, C. Gras-Le-Guen, N. Vabres. Evaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. *Archives de Pédiatrie* 2017;24:1103-1110

[33] Vabres N, Launay E, Fleury J, et al. Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. *Arch Pediatr* 2016;23:1219–21.

[34] Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the child abuse reporting experience study research group. *Pediatrics* 2008;122:259–66.

[35] Talsma M, Bengtsson Boström K, Östberg AL. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care*. 2015 Mar;33(1):21-6. doi: 10.3109/02813432.2015.1001941. Epub 2015 Feb 13. PMID: 25676563; PMCID: PMC4377737.

[36] Sega R, Flaherty E, Jones R, et al. To report or not to report: examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Acad Pediatr* 2011;11:460–6.

ANNEXES

Annexe 1. La vidéo

FlashCode de la vidéo :



Lien de la vidéo : <https://www.powtoon.com/ws/fl07ITzssHP/1/m>

Annexe 2. Questionnaire de la première série de cas cliniques (Q1)

Cas clinique n°1 : violences physiques

Vendredi, 19h30, vous recevez à votre cabinet Valentin, 8 ans, que son père vous amène après l'avoir récupéré à l'école. Valentin vient de passer une semaine chez sa mère. C'est une famille que vous connaissez bien, vous n'avez jamais notifié de problème particulier. Les parents de Valentin ont divorcé depuis 4 ans, Valentin est en garde alternée. Madame a un nouveau conjoint. Monsieur est inquiet car Valentin a une ecchymose sur la tempe qu'il n'explique pas. La dernière fois qu'il l'avait récupéré, il avait trouvé que Valentin était plus renfermé sur lui même.

Lors de l'examen clinique de l'enfant, vous constatez effectivement 3 ecchymoses, linéaires, parallèles, transverses, s'étendant sur la tempe et la pommette gauche, il existe également des ecchymoses d'âges différents sur la face antérieure des deux jambes.

1. Dans cette situation quel(s) est (sont) les éléments diagnostics qui font suspecter des lésions infligées ?

A_ Les ecchymoses sur la face antérieure des jambes

B_ Les ecchymoses linéaires du visage

C_ Le fait que la mère ait un nouveau conjoint

2. Vous voyez Valentin, seul, en entretien, il vous rapporte être anxieux, avoir des difficultés à dormir, et des douleurs abdominales :

A_ Cela renforce mon niveau de suspicion de maltraitance

B_ Cela diminue mon niveau de suspicion

C_ Cela ne change pas mon niveau de suspicion

3. Devant ces lésions, quelle(s) attitude(s) semble(nt) être la plus appropriée ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques pour organiser une hospitalisation

B_ Vous dites au père que ces ecchymoses vous inquiètent et que vous appellerez des collègues pour un avis (vous appellerez l'Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger du CHU)

C_ Vous convoquez l'enfant la semaine suivante avec les deux parents

D_ Vous rédigez une information préoccupante à destination de la CRIP et vous en informez le père

4. Dans le cas où vous avez pris contact avec l'UAPED pour organiser une consultation et qu'il y a un refus des parents de l'emmener, que faites vous ?

A_ Vous rédigez une information préoccupante à destination de la CRIP

B_ Vous contactez la CRIP pour demander une ordonnance de placement

C_ Vous ne faites rien car les parents conservent leurs droits parentaux

Cas clinique n°2 : négligence et violence conjugales possibles ?

Le petit Martin, 9 mois, vous est amené par sa mère car il pleure sans cesse. Madame est en cours de séparation et en recherche d'un emploi, elle vous paraît complètement épuisée par la situation.

Un coup d'œil à son carnet de santé vous indique que les vaccinations ne sont pas à jour.

1. Que recherchez-vous lors de votre interrogatoire et examen clinique ?

A_ Un retard de croissance staturo-pondéral

B_ Des lésions cutanées et muqueuses (lésions sentinelles)

C_ Des signes d'hypertension intracrânienne (fontanelle bombée, hypotonie, vomissement, absence de sourire, augmentation du périmètre crânien)

D_ Des paroles ou des gestes de Madame laissant penser qu'elle se sent persécutée par son bébé

E_ Vous abordez la question de possibles violences conjugales

2. L'examen de Martin est sans particularité, mais vous notez que Madame regarde son téléphone quand elle le déshabille, et que Martin n'accroche pas le regard. Quelle(s) attitude(s) vous semble(nt) la plus appropriée ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques afin d'organiser une hospitalisation

B_ Vous convoquez la mère dans 1 mois afin de refaire le point

C_ Vous adressez Martin et sa mère à la PMI

D_ Vous conseillez une structure de soutien à la parentalité et donnez rendez-vous dans 2 semaines pour les vaccins.

3. Vous revoyez finalement Martin 2 mois plus tard, sa mère vous indique qu'il pleure toujours autant, elle n'a pas pris RDV ni à la PMI ni pour le soutien, comme vous lui aviez suggéré. De plus, elle n'est pas venue pour les vaccins. Vous retrouvez un bébé pleurant toujours autant, n'ayant pas pris de poids. Que faites-vous ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques devant Madame afin d'organiser une hospitalisation

B_ Vous demandez à Madame de se rendre aux urgences pédiatriques d'elle même

C_ Vous rédigez une information préoccupante à destination de la CRIP

D_ Vous convoquez la mère la semaine suivante afin de refaire le point

4. Dans le cas où vous avez fait une IP, en informez-vous la mère de Martin ?

A_ Oui, c'est une obligation

B_ Oui sauf si vous pensez que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant

C_ Non vous ne devez pas informer la famille

Cas clinique n°3 : violences sexuelles

Léa, 15 ans, vient consulter à votre cabinet pour des douleurs abdominales évoluant depuis 6 mois.

Il s'agit d'une jeune fille que vous suivez depuis de nombreuses années, sans difficulté scolaire jusqu'à présent, mais dont les résultats sont en baisse depuis la rentrée.

Vous faites sortir la mère pour l'examen clinique : Léa vous apprend qu'elle a été victime d'attouchements par un oncle l'été dernier.

1. L'examen génito-anal est-il une urgence dans ce cas ?

A_ Oui

B_ Non

2. Vous informez Léa que vous allez devoir faire un signalement au Procureur de la République mais celle-ci refuse, que faites-vous ?

A_ Vous respectez son choix

B_ Vous décidez de le dire en cachette à sa mère afin qu'elle puisse porter plainte

C_ Vous expliquez à Léa que c'est une obligation légale pour un médecin de signaler des violences sexuelles sur mineur.e.s

D_ Vous proposez de l'aider à aborder le sujet avec sa mère en votre présence

3. Dans cette situation de violences sexuelles sur mineur quels professionnels pouvez-vous contacter pour un avis ?

A_ Les associations d'aide aux victimes

B_ Le centre médico-social de secteur

C_ L'ordre des médecins

D_ La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

E_ L'Unité d'Accueil Pédiatrique des enfants en danger (UAPED)

F_ Les urgences pédiatriques

G_ Le médecin référent de la Protection de l'enfance du département

Questions ouvertes :

1. Quel est selon vous le frein le plus important au repérage de la maltraitance en médecine générale ?

2. Lorsque vous repérez une maltraitance, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ?

ANNEXE 3. Questionnaire post-vidéo

Q1_ Dans quel département exercez-vous ?

A_ Loire-Atlantique

B_ Vendée

C_ Autre

Q2_ Faites-vous partie du réseau Santé Protégée ?

A_ Oui

B_ Non

Q3_ Avez vous déjà suivi une formation sur la maltraitance d'enfants en danger ?

A_ Oui

B_ Non

Q4_ Connaissez-vous le texte de loi N° 2019-721 du 10 juillet 2019 relatif à l'interdiction des violences éducatives ordinaires ? (Article 1^{er}, après le deuxième alinéa de l'article 371-1 du code civil, il est inséré un alinéa ainsi rédigé: «L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques »)

A_ Oui, vous l'abordez avec les familles

B_ Oui, mais vous ne l'abordez pas avec les familles

C_ Non

D_ Remarque éventuelle

Q5_ Trouvez-vous que ce mode de communication (vidéo) apporte une plus value par rapport à un support écrit ?

A_ Tout à fait d'accord

B_ Plutôt d'accord

C_ Ni d'accord ni pas d'accord

D_ Plutôt pas d'accord

E_ Pas du tout d'accord

F_ Remarque éventuelle

Q6_ Si vous avez répondu non à la question précédente, pourquoi et quel mode de communication préféreriez-vous ?

Q7_ La vidéo vous a t'elle apporté des informations que vous ne connaissiez pas ?

A_ Un peu

B_ Beaucoup

C_ Aucune

Q8_ Pensez-vous qu'il serait intéressant de diffuser cette vidéo à d'autres départements en ajustant les interlocuteurs à contacter ?

A_ Tout à fait d'accord

B_ Plutôt d'accord

C_ Ni d'accord ni pas d'accord

D_ Plutôt pas d'accord

E_ Pas du tout d'accord

F_ Remarque éventuelle

Q9_ Merci de renseigner votre adresse mail si vous êtes partant pour le post test et ainsi recevoir 3 nouveaux cas cliniques (ainsi que la correction des premiers cas cliniques)

Q10_ Avez-vous des remarques particulières ?

Annexe 4. Questionnaire de la deuxième série de cas cliniques (Q2)

Cas clinique n°1 : maltraitance physique

Samedi matin, vous recevez au cabinet Emma 5 ans que sa mère vous amène. Emma est habituellement suivie par un de vos collègues. Emma vient de passer une semaine chez son père. Madame est inquiète car, au moment de la douche, elle a remarqué des ecchymoses au niveau des lombes qu'elle n'explique pas. Elle se met à pleurer et vous dit qu'elle a toujours su que le père de la petite était violent et que c'est pour ça qu'elle l'a quitté.

Lors de l'examen clinique de l'enfant, vous remarquez effectivement 2 ecchymoses longilignes, linéaires et transverses des deux cotés au niveau des lombes, mais également des ecchymoses d'âges différents sur la face postérieure des avants bras.

1. Dans cette situation quel(s) est (sont) les éléments diagnostics qui font suspecter des lésions infligées ?

A_ Les ecchymoses sur la face postérieure des avants bras

B_ Les ecchymoses au niveau des lombes

C_ L'antécédent de violence du père

2. Vous voyez Emma, seule, en entretien, elle vous rapporte faire plus de cauchemars la nuit et avoir souvent mal à la tête :

A_ Cela renforce mon niveau de suspicion de maltraitance

B_ Cela diminue mon niveau de suspicion

C_ Cela ne change pas mon niveau de suspicion

3. Devant ces lésions, quelle(s) attitude(s) semble(nt) être la plus appropriée ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques pour organiser une hospitalisation

B_ Vous dites à la mère que ces ecchymoses vous inquiètent et que vous appellerez des collègues pour un avis (vous appellerez l'Unité d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger du CHU)

C_ Vous convoquez l'enfant la semaine suivante avec les deux parents

D_ Vous rédigez une information préoccupante à destination de la CRIP

Cas clinique n°2 : négligence

Le petit Vincent, 11 mois, vous est amené par sa mère pour le rappel de ses vaccinations. Madame vient d'emménager dans la région suite à une séparation. Vincent est le dernier enfant d'une fratrie de 6 enfants.

Un coup d'œil à son carnet de santé vous indique que les dernières vaccinations réalisées sont celles des 2 mois.

1. Que recherchez-vous lors de votre interrogatoire et examen clinique ?

A_ Un retard de croissance staturo-pondéral

B_ Des consultations répétées pour symptômes flous

C_ Des accidents domestiques multiples

D_ Un retard des acquisitions

E_ Vous abordez la question de possibles violences conjugales

2. Vincent se situe sur l'interligne -2DS pour la taille et le poids. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Quelle(s) attitude(s) vous semble(nt) la plus appropriée ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques afin d'organiser une hospitalisation

B_ Vous convoquez la mère dans 1 mois afin de refaire le point

C_ Vous adressez Martin et sa mère à la PMI

D_ Vous entreprenez des examens complémentaires afin de rechercher une cause médicale à ce retard de croissance staturo-pondéral

3. Vous revoyez finalement Vincent 3 mois plus tard, sa mère vous indique qu'elle n'a pas pris RDV à la PMI, comme vous lui aviez suggéré. Vous trouvez un enfant n'ayant pas pris de poids. Que faites-vous ?

A_ Vous appelez les urgences pédiatriques devant Madame afin d'organiser une hospitalisation

B_ Vous indiquez à la mère d'aller aux urgences pédiatriques d'elle même

C_ Vous rédigez une information préoccupante à destination de la CRIP

D_ Vous convoquez la mère la semaine suivante afin de refaire le point

Cas clinique n°3 : violences sexuelles

Chloé, 15 ans, vient consulter à votre cabinet car elle a été victime de violences sexuelles et décrit une pénétration par un élève de sa classe il y a 48h.

1. Quel est le délai maximum pour réaliser les prélèvements ?

A_ 24h

B_ 72h

C_ 7 jours

2. Quelle est votre attitude concernant la réalisation de ces prélèvements ?

A_ Vous examinez Chloé et réalisez les prélèvements à votre cabinet

B_ Si Chloé souhaite porter plainte dans l'immédiat, le praticien qui réalisera les prélèvements sera choisi sur réquisition d'un officier de police judiciaire

C_ Si Chloé ne souhaite pas porter plainte dans l'immédiat, vous adressez Chloé à un praticien spécialement formé

3. Quelle(s) structure(s) peut accueillir Chloé pour une prise en charge pluridisciplinaire psycho-médico-social ?

A_ Les associations d'aide aux victimes

B_ Le centre médico-social de secteur

C_ La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

D_ L'Unité d'Accueil Pédiatrique des enfants en danger (UAPED)

E_ Les urgences pédiatriques

F_ La gendarmerie

Vu, le Président du Jury,

Madame le Professeur Christèle GRAS-
LE GUEN

Vu, le Directeur de Thèse,

Madame le Professeur Elise LAUNAY

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Impact d'une vidéo sur les connaissances des médecins généralistes concernant le repérage de la maltraitance physique des enfants : étude quasi-expérimentale avant-après.

RESUME

Introduction

La maltraitance physique concerne 4 à 16 % des mineurs dans les pays à hauts revenus. Son diagnostic est complexe et les médecins généralistes sont généralement les professionnels médicaux de premier recours. Il est important qu'ils soient formés au repérage et à la prise en charge de la maltraitance infantile.

Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt d'une vidéo portant sur l'explication des drapeaux rouges devant pousser le médecin généraliste à suspecter une maltraitance ainsi que sur la prise en charge avec les interlocuteurs à contacter en Loire-Atlantique.

Méthode

Nous avons mené une étude interventionnelle avant/après visualisation d'une vidéo portant sur le repérage diagnostic et la conduite à tenir de la maltraitance physique infantile, avec les interlocuteurs à contacter, auprès de médecins généralistes participant à la journée de formation médicale continue pédiatrique de Nantes. Le critère de jugement principal était l'impact de la vidéo sur les connaissances des médecins généralistes se traduisant par la comparaison des pourcentages de bonnes réponses obtenues aux cas cliniques par les médecins généralistes par rapport à celle des experts avant et après diffusion de l'outil. Secondairement ont été étudiés les retours sur la vidéo et les freins au repérage de la maltraitance infantile

Résultats

Au total, 64 médecins généralistes ont répondu au Q1 et 40 au Q2. Le score des médecins généralistes au premier cas clinique après visualisation de la vidéo n'était pas significatif par rapport à celui obtenu avant utilisation de l'outil, de même que pour les deux autres cas cliniques et pour la moyenne par personne. Les principaux freins et difficultés au repérage de la maltraitance infantile étaient le fait de connaître la famille et la peur de rompre le lien de confiance, un temps de consultation trop court et une méconnaissance des interlocuteurs à contacter.

Conclusion

L'absence de progression significative suite à la visualisation de l'outil pourrait s'expliquer par une population déjà formée à la pédiatrie et donc avec un bon niveau théorique de base.

MOTS-CLES

MALTRAITANCE INFANTILE – MEDECINS GENERALISTES – PREVENTION PRIMAIRE - VIDEO MEDICALE