

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

### THESE

POUR DE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement  
le 29 septembre 2015 à Poitiers  
par **Madame Mathilde Verrier**

**Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage.**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Denis Oriot

**Membres** : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel  
Monsieur le Docteur Michel Sapanet

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Vincent Helis

*Le Doyen,*

Année universitaire 2014 - 2015

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
(**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépto-gastro- entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

BIRAULT François  
BOUSSAGEON Rémy  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

DEBAIL Didier, professeur certifié  
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère  
SASU Elena, enseignant contractuel

**Professeurs émérites**

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **REMERCIEMENTS**

Monsieur le Professeur Denis Oriot

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Recevez ici mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel Sapanet

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Monsieur le Docteur Vincent Helis

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir conseillé tout au long de ce travail. Merci de m'avoir suivi pendant l'internat et d'avoir participé à me donner le goût de la médecine générale. J'espère que tu trouveras dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de ma grande estime.

*A ma famille,*

Tout spécialement, à mes parents. Merci pour votre soutien et pour toutes les valeurs que vous avez su me transmettre. Vous êtes des parents formidables.

Merci à Caroline, Florence et Rémi, mes très chers sœurs et beau-frère. Vous êtes mes premiers supporters. Merci pour tous vos conseils, vos relectures, et pour les initiations à World et Excel, parfois tard dans la nuit... Merci pour votre bienveillance.

A Victor, te voir grandir m'apporte un immense bonheur. Je te souhaite une très belle vie.

Merci à mes grands-parents, à mes oncles et tantes et à tous mes cousins. Vous m'avez soutenu et montré un vif intérêt pendant mon parcours, vous êtes mon socle. Merci !

Pensée spéciale à Sabine et Marc qui ont participé à éveiller ma curiosité médicale...

A Laurent... Je suis très fière d'être avec toi et te remercie pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ta patience et ton soutien pendant la rédaction de ce travail...

Je nous souhaite un très bel avenir ensemble.

*A tous ceux qui ont participé à faire de cet internat de médecine générale trois années de superbes souvenirs.*

Aux urgences de Niort, à toute l'équipe médicale et paramédicale. Vous avez su me donner confiance en moi. Merci Goimie, Lucile, Marine, Marion et Sylvain, co internes de choc. Meilleur semestre, meilleurs souvenirs !!!

En pédiatrie à Angoulême, à l'équipe médicale et paramédicale. Vous m'avez appris les rudiments de cette belle spécialité ! Particulièrement au Docteur Jacky Cuzzi et au Docteur Sylvie Roulaud, qui ont su me communiquer leur passion. Merci à mes super co internes, et tout particulièrement Emilie, pour ta bonne humeur permanente et tes conseils !

En médecine générale, à tous mes maîtres de stage.

Au Docteur Agnès Pastré. J'ai maintenant l'honneur de te remplacer. Merci pour ton enseignement de la médecine générale et pour ton aide lors de la diffusion du questionnaire de cette thèse.

Au Docteur Stéphanie Grandcolin. Les 6 mois de SASPAS chez toi ont été un vrai bonheur. Merci pour ton enseignement et ta disponibilité.

Aux Docteurs Jérôme Fizelier et Xavier Hérault. Vous m'avez transmis votre savoir faire et votre passion de ce beau métier.

En diabétologie à La Rochelle, à toute l'équipe paramédicale et médicale, tout spécialement à Carmen pour ta bonne humeur et ton professionnalisme. Merci aux infirmières du service qui m'ont été d'un grand secours et à mon co interne, Franck.

En gériatrie à Poitiers, un grand merci à toute l'équipe médicale. Tout particulièrement, au Professeur Marc Paccalin. Cela a été un privilège de bénéficier de votre enseignement. Aux Docteurs Fabienne Bellarbre, Anne-Sophie Delelis, Matthieu Priner et Florent Seïte. Merci pour votre disponibilité. Travailler à vos côtés a été un vrai plaisir.

Bien sûr, à mes co internes, Mélanie, Marion, Céline, toujours dans la bonne humeur...

*A mes amis, Merci à tous d'exister ;-)*

Armelle, mon souvenir d'enfance, à cette belle amitié qui dure depuis le collège ! Merci pour ton écoute, tes conseils, ton entrain !

« Mes amies bordelaises » comme je vous appelle à Poitiers.

A Sophie, Cécile et Géraldine, pour tous ces moments passés et à venir ! La distance éloigne mais scelle une belle amitié. Merci pour votre accompagnement durant toutes ces années... Je vous adore !

A Sandie et Louis-Marie, merci pour votre confiance en me demandant d'être la marraine de votre petite princesse, Camille. Merci Sansan pour ton soutien lors de cette thèse, tu resteras ma pédopsy référente...

A mes potes poitevins, mon cercle numéro 1...

Séverin, un immense merci pour ton aide à la réalisation de cette étude. Tu as su manier le logiciel avec brio, une fois de plus ! Merci pour tes idées, ta patience et ta bonne humeur permanente...

Eloïse, Mille Mercis d'être venue à Poitiers !! J'ai rencontré une co interne, une compère, une colloc', un confrère et surtout une amie... Marrco, merci de supporter nos conversations téléphoniques !!! Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Agathe, merci pour tous ces dimanches après-midi / soirées « thèse-kango » et pour ta bienveillance en toutes circonstances ! Séverin et toi resterez mes parents adoptifs du Poitou ;) Sophie et Sylvain. Je vous adore les Mamoucs, restez comme vous êtes. Sylvain tu as grandement participé à cette belle et solide amitié entre nous tous. Merci ! Sophie, à ta kaway-attitude ainsi qu'à ta répartie légendaire. DIA !

Miky, un grand merci pour tes conseils pendant cette thèse. A toutes les soirées padel-apéro-Homeland !

Arnaud et Guillaume, aux meilleurs artistes du Poitou !

Saythanome, à notre amitié... Plein de bisous de Poitiers !!

Justine, à ta joie de vivre et à tes moments décalés.

Orane, Pierre et Maxence, A quand le deuxième ?? Orane merci pour ton aide...

Marion et Adrien, les Lillois, vous nous manquez !!!

Anne-Em, à toutes ces soirées endiablées...

Adrien et Déborah, aux soirées poitevines passées ensemble, on vous attend à LR !

Michaela, Benoît et Théodose. Vous formez une superbe famille. Merci Benoît pour tes précieux conseils...

Merci à Emilie G., Marie V., Caroline T., Loïc et Myriem, Anne C., Hélène et Damien, Alix, p'tite Sophie, Xabi, Carole, Yogy, Coachy, Poup's, Leila, Sarra et Vaness...

Petite pensée à Elma, et Naruto...

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AFMC : Association de formation médicale continue  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
CDC : Centers for Control and Prevention of Diseases  
CDOM : Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins  
CNIL Conseil national de l'informatique et des libertés  
CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins  
Cogems : Collège des généralistes enseignants et maîtres de stage du Poitou-Charentes  
CRIP : Cellule de recueil d'informations préoccupantes  
CRP-IMG : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale  
DESCO : Direction de l'enseignement scolaire  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
GIP Enfance en danger : groupement d'intérêt public Enfance en danger  
HAS : Haute Autorité de Santé  
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
MAS : Maison d'accueil spécialisée  
MSU : Maître de stage universitaire  
NICE : National Institute of Health and Clinical Excellence  
ODAS : Observatoire de l'action sociale décentralisée  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONED : Observatoire national de l'enfance en danger  
PMI : Protection maternelle et infantile  
SBS : syndrome du bébé secoué  
SNATED : Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé  
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>PRE-REQUIS A PROPOS DE LA MALTRAITANCE INFANTILE .....</b>	<b>13</b>
1. Définitions.....	13
2. Données chiffrées de la maltraitance et leur interprétation.....	15
3. Sémiologie de la maltraitance infantile.....	17
3.1. <i>Anamnèse</i> .....	17
3.2. <i>Signes physiques</i> .....	18
3.2.1. Ecchymoses.....	18
3.2.2. Brûlures.....	18
3.2.3. Morsures.....	18
3.2.4. Fractures.....	19
3.3. <i>Signes psychologiques</i> .....	19
3.3.1. État émotionnel et comportement de l'enfant ou de l'adolescent.....	19
3.3.2. Interactions parents - enfants.....	20
3.4. <i>Cas particuliers</i> .....	21
3.4.1. Syndrome du bébé secoué.....	21
3.4.2. Maltraitance sexuelle.....	22
3.4.3. Syndrome de Münchhausen par procuration.....	24
4. Facteurs de risque de maltraitance infantile.....	24
4.1. <i>Facteurs de risque liés à l'enfant</i> .....	24
4.2. <i>Facteurs de risque liés aux parents</i> .....	26
4.3. <i>Facteurs de risque liés à la grossesse</i> .....	28
5. Signalement et information préoccupante.....	29
5.1. <i>Définitions</i> .....	29
5.2. <i>Législation</i> .....	30
5.3. <i>Procédures</i> .....	31
5.4. <i>Suites</i> .....	32
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>33</b>
1. Constitution de l'échantillon.....	33
2. Présentation du questionnaire.....	34
3. Établissement d'un score statistique.....	36
4. Analyse statistique.....	36
<b>RESULTATS .....</b>	<b>38</b>
1. Analyse descriptive.....	38
1.1. <i>Population de l'étude</i> .....	38
1.2. <i>Expérience du médecin à propos de la maltraitance infantile</i> .....	40
1.2.1. Conduite adoptée par les médecins interrogés devant une suspicion d'enfant en danger.....	42
1.2.2. Freins au signalement d'enfant en danger évoqués par les médecins interrogés.....	43
1.3. <i>Analyse des connaissances des médecins interrogés</i> .....	45
1.3.1. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile.....	45
1.3.2. Connaissance des signes cliniques de maltraitance infantile.....	47
1.3.3. Connaissance des comportements d'un enfant maltraité.....	48
1.3.4. Approche du médecin lors de la consultation en cas de suspicion de maltraitance infantile.....	49
1.3.5. Connaissance de la législation lors d'un signalement.....	50
1.4. <i>Utilisation de la fiche mémo de la HAS « Maltraitance à enfant : repérage et conduite à tenir » et intérêt de notre étude pour les médecins interrogés</i> .....	51
1.5. <i>Pourcentage de réponses exactes selon le type de questions</i> .....	52
2. Analyse du score.....	53

2.1.	<i>Répartition du score selon les caractères sociodémographiques des médecins interrogés</i>	53
2.1.1.	<i>Répartition du score selon le genre des médecins</i>	53
2.1.2.	<i>Répartition du score selon l'âge des médecins</i>	53
2.1.3.	<i>Répartition du score selon le département d'installation</i>	53
2.1.4.	<i>Répartition du score selon le nombre d'années d'installation</i>	54
2.1.5.	<i>Répartition du score selon le mode d'exercice</i>	54
2.1.6.	<i>Répartition du score selon le type de cabinet</i>	54
2.1.7.	<i>Répartition du score selon la présence d'une activité complémentaire</i>	54
2.2.	<i>Répartition du score selon la connaissance de la fiche HAS</i>	55
2.3.	<i>Répartition du score selon le souhait du médecin d'être informé des résultats de l'étude</i>	56
2.4.	<i>Répartition du score selon le fait d'avoir ou non déjà suspecté un enfant en risque de maltraitance</i>	56
2.5.	<i>Répartition du score selon le fait d'avoir ou non déjà suspecté un enfant maltraité</i>	56
3.	<i>Taux de dépistage d'enfant en danger selon les catégories d'âge des médecins interrogés</i>	56
<b>DISCUSSION</b>		<b>58</b>
1.	<i>Principaux résultats</i>	58
1.1.	<i>Interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes en cas de suspicion d'enfant en danger de maltraitance</i>	58
1.2.	<i>Choix du signalement judiciaire ou de l'information préoccupante à la CRIP</i>	59
1.3.	<i>Réticences des médecins généralistes à signaler</i>	60
1.4.	<i>Connaissances des médecins généralistes à propos de la maltraitance infantile</i>	62
1.4.1.	<i>Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile</i>	62
1.4.2.	<i>Connaissance des signes cliniques de la maltraitance infantile</i>	64
1.5.	<i>Fiche mémo publiée par la HAS en octobre 2014</i>	66
1.6.	<i>Analyse du score statistique</i>	66
2.	<i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	67
2.1.	<i>Échantillon des médecins répondants</i>	67
2.2.	<i>Questionnaire</i>	68
2.3.	<i>Score statistique</i>	69
3.	<i>Propositions et perspectives</i>	69
3.1.	<i>Réaménager les formations proposées aux médecins généralistes</i>	69
3.2.	<i>Favoriser la coordination entre les acteurs de protection de l'enfance</i>	70
3.3.	<i>Utilité d'un outil de dépistage de maltraitance infantile standardisé</i>	70
<b>CONCLUSION</b>		<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>72</b>
<b>ANNEXE 1</b>		<b>77</b>
<b>ANNEXE 2</b>		<b>82</b>
<b>RÉSUMÉ</b>		<b>89</b>

## LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Nombre de médecins interrogés par département.....	38
<u>Figure 2</u> : Répartition du nombre de médecins interrogés selon le nombre d'années d'installation.....	39
<u>Figure 3</u> : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'exercice.....	39
<u>Figure 4</u> : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'installation.....	40
<u>Figure 5</u> : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de dépistage d'enfant en risque de maltraitance.....	41
<u>Figure 6</u> : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de dépistage de maltraitance infantile.....	41
<u>Figure 7</u> : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de suspicion de maltraitance ou de risque de maltraitance infantile.....	42
<u>Figure 8</u> : Comparaison des différentes prises en charge des 73 médecins généralistes qui ont déjà dépisté un enfant en danger de maltraitance.....	43
<u>Figure 9</u> : Freins au signalement évoqués par les 91 médecins généralistes qui ont répondu à la question.....	44
<u>Figure 10</u> : Évaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés à la grossesse.....	45
<u>Figure 11</u> : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés à l'enfant.....	46
<u>Figure 12</u> : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés aux parents.....	47
<u>Figure 13</u> : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des ecchymoses évocatrices de maltraitance infantile.....	48
<u>Figure 14</u> : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos de signes d'alerte de maltraitance infantile.....	48
<u>Figure 15</u> : Evaluation des connaissances de médecins interrogés à propos des comportements d'enfant pouvant être révélateurs de maltraitance.....	49
<u>Figure 16</u> : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos de l'approche de la consultation lors d'une suspicion de maltraitance infantile.....	50
<u>Figure 17</u> : Evaluation des médecins interrogés à propos de la législation en cas de suspicion d'enfant en danger.....	51
<u>Figure 18</u> : Répartition des médecins selon leur connaissance ou non de l'existence de la fiche HAS avant de répondre au questionnaire.....	51
<u>Figure 19</u> : Répartition des projets de lecture de la fiche HAS selon deux groupes de médecins, ceux qui en connaissaient l'existence et ceux qui l'ont connu par le questionnaire.....	52
<u>Figure 20</u> : Pourcentage de réponses exactes selon le type de question posée.....	52
<u>Figure 21</u> : Taux de déclarations de dépistage d'enfants en risque par catégorie d'âge des médecins.....	57
<u>Figure 22</u> : Taux de déclarations de dépistage d'enfants maltraités par catégorie d'âges des médecins.....	57

## LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Evolution du nombre de signalements d'enfants en danger et évolution des types de mauvais traitements signalés (entre 1998 et 2006, France Métropolitaine). Source ODAS. .....	16
<u>Tableau 2</u> : Comparaison de la moyenne des scores selon les données sociodémographiques des médecins.....	55

## INTRODUCTION

Le repérage précoce des situations de maltraitance infantile est un des éléments fondamentaux de lutte contre celle-ci.

Chaque année, dans les pays « à haut niveau de revenus », 4 à 16 % des enfants sont victimes de maltraitance physique et 1 enfant sur 10 est victime de négligence ou de maltraitance psychologique. (1) La maltraitance infantile est un véritable problème de santé publique.

80 % des enfants de plus de 2 ans sont suivis dans des cabinets de médecins libéraux, principalement des généralistes, dont la part ne cesse d'augmenter au fil des ans. (2) Parmi les compétences du médecin généraliste définies par la WONCA, on retrouve la prévention et le dépistage des maladies ou des comportements à risque. Dans ce cadre, il est du rôle du médecin généraliste de repérer les situations à risque de maltraitance et les enfants maltraités.

Pourtant, seuls 2 à 5 % des signalements proviennent du corps médical. Pourquoi ce taux est-il aussi faible alors que le médecin généraliste suit en consultation le nourrisson, l'enfant puis l'adolescent ?

Dans un premier temps, nous rappellerons les principaux chiffres et définitions en rapport avec la maltraitance infantile. Nous exposerons les rappels sémiologiques et facteurs de risque de maltraitance infantile à l'aide desquels nous avons confectionné notre questionnaire. Nous détaillerons ensuite les avancées de la loi du 5 mars 2007 sur le plan du signalement d'une maltraitance.

Dans un second temps, nous présenterons notre étude ayant pour principal objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes sur le thème du repérage de la maltraitance infantile. L'objectif secondaire consiste en la recherche des freins qui s'opposent au signalement d'un enfant maltraité ou en risque de l'être. Enfin nous nous appuierons sur les données dégagées de notre enquête pour discuter des résultats et faire émerger des propositions.

## PRE-REQUIS A PROPOS DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

### 1. Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition très large de la maltraitance envers les enfants : « la maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences 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 un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». (3)

En France, c'est la notion de « danger » et non celle de « maltraitance » qui fonde la protection judiciaire des mineurs prévue à l'article 375 du Code civil et qui a été réaffirmée comme centrale dans le texte de loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. (4)

Deux sous-catégories constituent celle des **enfants en danger** : (5)

- les **enfants en risque de maltraitance** : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien sans pour autant être maltraité;
- les **enfants maltraités** : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la **maltraitance sexuelle envers un mineur** est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences. Les activités sexuelles ne se limitent pas aux

actes sexuels avec pénétration caractérisée, elles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique. (6)

La violence psychologique est définie comme « des actes répétés, qui peuvent être constitués de paroles et/ou d'autres agissements, d'une dégradation des conditions de vie entraînant une altération de la santé physique ou mentale » (Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010). (7)

Aux Etats-Unis, selon les Centres de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Control and Prevention of Diseases, CDC), la **négligence** est une défaillance à subvenir aux besoins de l'enfant :

- besoins physiques (alimentation, hygiène, abri, habillement)
- besoins émotionnels
- soins médicaux
- éducation
- sécurité - protection de l'enfant d'un danger ou d'un danger potentiel (surveillance inadéquate de ses activités, exposition à un environnement violent à domicile ou dans le voisinage).

Le dépistage, pratiqué par des professionnels de santé, est une démarche scientifique qui répond à des critères très stricts et suppose l'utilisation d'outils, de grilles, validés.

Le repérage, lui, est une première étape dans l'identification d'un problème, qui peut être réalisée aussi bien par un profane averti que par un professionnel.

## **2. Données chiffrées de la maltraitance et leur interprétation**

Différents organismes participent au chiffrage de la maltraitance infantile :

- l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (**ODAS**), créé en 1990, rassemble les données fournies par l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

- le groupement d'intérêt public Enfance en danger (**GIP Enfance en danger**), créé en 2004, financé à parité par l'Etat et les départements, rassemble 2 entités : (8)

- l'Observatoire national de l'enfance en danger (**ONED**) qui recense, analyse et diffuse les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance.

- le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (**SNATED**) qui gère le numéro d'appel gratuit, le **119** (« Allô enfance maltraitée »). Les écoutants conseillent, orientent les appelants et si nécessaire, transmettent les informations à la cellule de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) du département concerné.

- la Direction de l'enseignement scolaire (**DESCO**) élabore des statistiques nationales des signalements et informations préoccupantes effectués dans le cadre de l'Education nationale.

*Voici quelques chiffres retrouvés par ces organismes :*

- L'OMS a estimé à 57 000 le nombre d'homicides d'enfants de moins de 15 ans survenus dans le monde en 2 000, les très jeunes enfants étant les plus exposés.

- Selon l'ODAS, en France, en 2006, 98 000 signalements d'enfants en danger ont été recensés, dont 19 000 cas de maltraitance et 79 000 cas de risque de maltraitance. (9)

*Tableau 1 : Evolution du nombre de signalements d'enfants en danger et évolution des types de mauvais traitements signalés (entre 1998 et 2006, France Métropolitaine). Source ODAS.*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Enfants maltraités</b>	<b>19 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 300</b>	<b>18 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 000</b>	<b>19 000</b>	<b>20 000</b>	<b>19 000</b>
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 600	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 900	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	5 000	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 000	2 500	3 800	3 400
<b>Enfants en risque</b>	<b>64 000</b>	<b>65 000</b>	<b>65 500</b>	<b>67 500</b>	<b>67 500</b>	<b>71 000</b>	<b>76 000</b>	<b>77 000</b>	<b>79 000</b>
<b>Total des signalements d'enfants en danger</b>	<b>83 000</b>	<b>83 500</b>	<b>83 800</b>	<b>85 500</b>	<b>86 000</b>	<b>89 000</b>	<b>95 000</b>	<b>97 000</b>	<b>98 000</b>

- L'ONED a estimé qu'au 31 décembre 2010, 273 000 mineurs ont été pris en charge en protection de l'enfance.

- En 2011, 32 414 appels ont été traités par le SNATED. Deux tiers de ces appels ont donné lieu à une aide immédiate et un tiers a été transmis aux départements. 15 944 enfants ont été concernés par ces transmissions principalement pour des faits de violences physiques et psychologiques même si les cas de négligences lourdes ont augmenté. (8)

- En 2012-2013, 38 896 élèves ont été concernés par une transmission d'information préoccupante au président du conseil général ou par un signalement au procureur de la République, soit 3,9 % des effectifs scolarisés avec un écart allant de 2,2 % à 10,1 % selon les académies. (10)

En France, les taux officiels d'enfants maltraités varient de 1 p. 1 000 à 10 p. 1 000. Selon Docteur Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste et directeur de recherche à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), cette variation importante est due au fait que les chiffres dont on dispose proviennent de sources multiples et sont collectés selon des méthodes différentes. Leur cohérence est faible et les problèmes méthodologiques sont nombreux, tant dans leur recueil que dans leur traitement et leur exploitation. Ces chiffres concernent, pour la plupart des cas, des enfants qui font déjà l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire et ne prennent donc pas en compte « la maltraitance cachée », sûrement considérable. (11)

### **3. Sémiologie de la maltraitance infantile**

#### **3.1. Anamnèse**

Les données de l'anamnèse qui font consensus pour évoquer une maltraitance infantile sont :

- des éléments suggérant une surveillance inadaptée
- l'absence d'explication pour une blessure
- une explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant
- une explication qui n'est pas compatible avec la blessure
- une explication qui change avec le temps
- un retard de recours aux soins. (12)

Il faut également suspecter une maltraitance infantile lorsqu'un parent refuse d'autoriser l'enfant ou l'adolescent à parler lui-même au professionnel de santé alors que c'est nécessaire. (13)

## **3.2. Signes physiques**

### **3.2.1. Ecchymoses**

Il n'existe pas de localisation corporelle spécifique des ecchymoses par violence physique mais certaines ecchymoses sont évocatrices de maltraitance : (14)

- ecchymoses chez des nourrissons qui ne se déplacent pas encore.
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou).
- ecchymoses sur des zones cutanées non habituellement exposées (faces internes des bras et des cuisses).
- ecchymoses ailleurs que sur une proéminence osseuse (tibia, genoux, front).
- ecchymoses multiples, d'âge différent.
- ecchymoses de grande taille.
- ecchymoses ayant la trace de l'instrument utilisé pour infliger les coups. (13)

### **3.2.2. Brûlures**

Les brûlures intentionnelles de contact sont des brûlures par contact avec des objets ou appareils ménagers (cigarettes, fers à repasser, sèche-cheveux, radiateurs); nettement délimitées reflétant la forme de l'agent en cause; localisées en majorité sur les membres, le tronc et le dos des mains; elles sont fréquemment multiples et coexistent avec d'autres signes de maltraitance.

Chez les enfants ébouillantés, les brûlures intentionnelles sont généralement des brûlures par immersion, touchant les extrémités, les fesses et /ou le périnée. Elles sont symétriques avec une limite supérieure nette. (13)

### **3.2.3. Morsures**

Généralement, une trace de morsure humaine apparaît comme une marque circulaire ou ovale, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée. (15)

Les marques de morsure adulte sont différentes de celles d'un enfant, avec une distance inter canine maxillaire de plus de 3cm. (16) Les morsures humaines sont typiquement superficielles alors que les morsures animales sont plus profondes. (17)

### 3.2.4. Fractures

Une maltraitance physique peut être évoquée chez un nourrisson de moins de 18 mois ayant une fracture en l'absence d'un traumatisme important manifeste.

Les fractures multiples sont plus fréquentes en cas de violence physique que lors d'un traumatisme dû à une autre cause.

Un enfant ayant des fractures de côtes a une probabilité de 7 sur 10 d'avoir été maltraité.

Un enfant de moins de 3 ans ayant une fracture humérale a une probabilité de 1 sur 2 d'avoir été maltraité. (13)

Dans ses recommandations mises à jour en 2013 « Quand suspecter une maltraitance infantile », le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) recommande de suspecter une maltraitance infantile si l'enfant présente une ou plusieurs fractures en dehors d'un état de santé qui le prédisposerait à une fragilité osseuse (ostéogenèse imparfaite, ostéopénie d'une prématurité), ou si l'explication est absente ou incompatible. (18)

### 3.3. Signes psychologiques

#### 3.3.1. État émotionnel et comportement de l'enfant ou de l'adolescent

Le NICE recommande de suspecter une maltraitance infantile lors des cas suivants :

- **Changement marqué du comportement ou de l'état émotionnel d'un enfant ou d'un adolescent** qui s'écarte de celui attendu pour l'âge chronologique et développemental, et qui n'est expliqué ni par une situation stressante connue autre (deuil, séparation des parents) ni par une cause médicale (troubles de l'attention avec hyperactivité, trouble envahissant du développement).

Exemples pouvant correspondre à cette description :

- des cauchemars ayant des thèmes similaires.
- une détresse extrême.
- un comportement d'opposition marqué.

- un isolement.
- un repli sur soi.

- **Comportement ou état émotionnel d'un enfant qui ne correspond pas à son âge chronologique ou à son âge développemental** (qui ne peut être expliqué ni par une cause médicale ni par une situation stressante autre qu'une maltraitance infantile).

Exemples pouvant correspondre à cette description :

- pour l'état émotionnel :

Enfant craintif, replié sur lui-même, faible estime de soi,

- pour le comportement de l'enfant :

Enfant agressif, enfant en opposition, balancement répétitif du corps,

- pour le comportement de l'enfant avec les autres :

Recherche de contact ou d'affection sans discernement, gentillesse excessive avec les étrangers (y compris les professionnels de santé), besoin excessif de se coller (de s'accrocher), recherche permanente d'attirer l'attention, comportement excessivement sage, ne pas réussir à solliciter ou à accepter le réconfort d'une personne appropriée en cas de détresse.

- **Réponses émotionnelles répétées, extrêmes ou prolongées, disproportionnées par rapport à une situation**, non attendues pour l'âge chronologique et développemental (non expliquées par une cause médicale).

Exemples pouvant correspondre à cette description :

- accès de rage chez un enfant scolarisé,
- colères fréquentes lors de provocations minimales,
- pleurs inconsolables. (18)

### **3.3.2. Interactions parents - enfants**

Selon le NICE, il faut envisager une maltraitance si on craint que les interactions entre enfants et parents puissent être nocives.

Exemples d'interactions néfastes :

- négativité ou hostilité envers un enfant ou un adolescent.
- rejet de l'enfant ou de l'adolescent.
- attentes ou interactions inadaptées par rapport au développement de l'enfant.
- exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes (violences conjugales).
- utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte (disputes conjugales).
- échec à promouvoir une socialisation adaptée de l'enfant (impliquer l'enfant dans des activités illégales, l'isoler, ne pas lui prodiguer de stimulations ou l'éduquer). (18)

### **3.4. Cas particuliers**

#### **3.4.1. Syndrome du bébé secoué**

Connu sous les appellations de *Whiplash shaken infant syndrome (WSIS)* ou de *shaken baby syndrome (SBS)*, le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an.

Chaque année, 180 à 200 enfants seraient victimes, en France, de cette forme de maltraitance ; ce chiffre est certainement sous-évalué.

Le diagnostic différentiel principal est le traumatisme crânien accidentel. Des diagnostics médicaux doivent également être éliminés (troubles de l'hémostase, malformations artérioveineuses cérébrales, maladies métaboliques très rares).

#### **Symptômes initiaux :**

Dans les cas les plus graves, on retrouve l'enfant mort. On entre dans le cadre de mort inattendue du nourrisson et une autopsie est nécessaire.

- Les signes d'atteinte neurologique grave (hypertension intracrânienne aiguë voire engagement) : malaise grave, troubles de la vigilance, coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard.

- Les signes d'atteinte neurologique : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.
- Les signes d'atteinte neurologique non spécifiques : modification du comportement (irritabilité, modification du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux. (18) Ils peuvent rendre difficile le diagnostic.

#### Examen clinique :

Il doit être complet, sur un nourrisson dénudé.

Il comprend en particulier la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien, la recherche d'un changement de couloir de la courbe du périmètre crânien, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps.

Étant donné l'absence de spécificité de certains signes, c'est leur association qui présente un intérêt majeur ainsi que l'anamnèse et la recherche de facteurs de risque.

#### Conduite à tenir :

Il faut hospitaliser le nourrisson en urgence pour la réalisation d'un scanner cérébral et d'un examen du fond d'œil. Ces examens permettront d'évoquer un SBS avec un degré de probabilité plus ou moins important selon les lésions observées.

Par exemple, la présence d'hématomes sous duraux plurifocaux sont très évocateurs et ce d'autant plus s'ils sont associés à des hémorragies rétiniennes profuses.

### **3.4.2. Maltraitance sexuelle**

#### Symptômes :

Aucun signe n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle mais ils sont d'autant plus évocateurs qu'ils s'associent entre eux, se répètent, s'inscrivent dans la durée ou qu'ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.

Les signes cliniques observés peuvent être similaires à ceux qu'on observe dans les autres types de maltraitance (différents types de maltraitance peuvent d'ailleurs s'associer). Toutefois, certains signes au niveau de la sphère génito-anale peuvent l'évoquer, en

particulier s'ils sont observés chez l'enfant prépubère, si aucune cause médicale n'est retrouvée et ce d'autant plus s'ils sont répétés :

- saignements, pertes vaginales
- irritations, prurits vaginaux
- douleurs génitales ou anales
- troubles mictionnels
- infections urinaires récurrentes.

#### Comportements du mineur :

Certains comportements peuvent évoquer ce type de maltraitance :

- comportement sexuel anormal par rapport à l'âge du mineur.
- comportement de refus (refus de manger, refus de voir un membre de la famille sans explication, refus de grandir, refus scolaire).
- comportement de mise en danger, fugues.
- pleurs inexplicables, hyper vigilance, réactions de sursaut exagéré, phobie des contacts physiques.
- comportements émotionnels excessifs, répétés et/ou disproportionnés et non adaptés à l'âge du mineur ou par des facteurs extérieurs.

#### Comportements de l'entourage :

Certaines attitudes peuvent faire suspecter une maltraitance de ce type :

- comportement vis-à-vis du mineur :
  - proximité corporelle exagérée ou inadaptée.
  - parent intrusif, s'imposant lors de la consultation.
  - indifférence notoire vis-à-vis du mineur.
- comportement vis-à-vis du professionnel :
  - refus d'explication des circonstances.
  - minimalisation ou contestation du symptôme.
  - refus des investigations médicales et du suivi social sans raison valable.
  - attitude agressive et sur la défensive envers les professionnels de santé.

Il est aussi recommandé de rechercher une maltraitance sexuelle sous-jacente, face à une grossesse précoce, un déni de grossesse, une parentalité précoce, non désirée voire refusée ou suscitant une angoisse excessive. (6)

### **3.4.3. Syndrome de Münchhausen par procuration**

Il s'agit d'une forme de maltraitance où le parent maltraitant, malade psychologiquement, déclare de façon mensongère que son enfant présente des symptômes qui induisent soit des prescriptions médicamenteuses, soit des actes médicaux invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. Le parent maltraitant peut également provoquer des symptômes réels par l'administration de médicaments, de façon à attirer sur son enfant, donc sur lui, l'attention des soignants.

## **4. Facteurs de risque de maltraitance infantile**

Le Docteur Anne Tursz précise le terme « facteurs de risque de maltraitance infantile » comme étant les caractéristiques des enfants et des familles pour lesquelles un lien statistiquement significatif avec la survenue de mauvais traitements a pu être démontrée.

Ils correspondent à tous les éléments susceptibles de fragiliser la relation de l'enfant avec ses parents, que ces facteurs soient inhérents à l'enfant lui-même en période pré-, péri-, ou post-natale ou à ses parents.

Leur identification peut permettre la mise en place de mesures de prévention dans certaines situations à risque.

Certains font l'objet de controverses, d'autres sont, au contraire bien établis.

### **4.1. Facteurs de risque liés à l'enfant**

- Le jeune âge :

La maltraitance commence généralement précocement et, de toutes les données, il ressort que le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable aux violences physiques. (19)

Dans l'enquête de l'Inserm sur les morts suspectes de nourrissons, plus de la moitié des victimes de mort violente avaient moins de 4 mois. (20)

Les données de la DESCO montrent la prédominance de la maltraitance, notamment physique, chez les enfants scolarisés du premier degré.

- La prématurité / petit poids de naissance (inférieur à 2500g) :

La prématurité apparaît comme un des principaux facteurs de risque de maltraitance infantile dans la première année de vie, et ultérieurement. (21)

Une analyse rétrospective menée sur une cohorte de naissance (120 000 enfants nés dans le West Sussex, Grande Bretagne, entre janvier 1983 et décembre 2001) montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée, pour l'enfant, d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance, pour tous les types de maltraitance, y compris les violences sexuelles. Cette association statistique reste indépendante de l'âge de la mère de son niveau socio-économique ainsi que d'éventuels troubles de la conduite et des apprentissages de l'enfant. (22)

- Le handicap :

La présence, chez l'enfant, de troubles du comportement et de la conduite, ou de difficultés d'apprentissage, est fréquemment associée à la maltraitance. (23,24)

Les violences sexuelles sont tout particulièrement fréquentes chez les enfants et adolescents atteints de retards mentaux. (25)

La maltraitance institutionnelle exercée par les personnels en charge d'enfants atteints de retard du développement a aussi été démontrée, particulièrement dans des institutions psychiatriques. (26)

- Antécédents de maltraitance dans la fratrie :

Les répétitions de décès violents dans une même fratrie ne sont pas exceptionnelles. (20)

En 2011, une étude américaine menée sur 224 enfants suivis pendant 10 ans retrouve cinq facteurs de risque de signalement de maltraitance dont la présence d'autres enfants signalés dans la famille. (27)

#### **4.2. Facteurs de risque liés aux parents**

- Le très jeune âge de la mère :

C'est un facteur péjoratif dans plusieurs études anglaises et américaines, où le taux de naissances chez les mineures est 4 fois plus élevé qu'en France. (28) Il est controversé en France.

- Les facteurs socio-économiques :

Ce sont eux qui sont le plus souvent mis en avant dans de nombreux ouvrages scientifiques ou de large vulgarisation, avec des niveaux de preuve très variables.

Cependant, selon le Docteur Anne Tursz, les études sur les facteurs socio-économiques et ethniques portent sur de petits nombres de cas et proposent des résultats difficiles à analyser de façon rigoureuse, du fait du manque de puissance statistique et de l'impossibilité de prendre en compte tous les facteurs de confusion dans des échantillons si petits : tout un réseau de facteurs liés entre eux est étudié sans qu'il soit véritablement possible d'affirmer la part de chacun (pauvreté, exclusion, chômage, niveau d'études peu élevé, monoparentalité cause de faibles ressources, logements trop exigus). (29)

- Inoccupation parentale :

C'est une enquête conjointe de l'ODAS/SNATEM qui montre que l'« inoccupation » des parents (chômage, inactivité par retraite ou invalidité, absence de profession) est une caractéristique importante des familles d'enfant en danger. (30)

Pour les enfants en risque comme pour les enfants maltraités, cette enquête note que 8 mères sur 10 sont inoccupées, et par inoccupation il faut entendre « isolement moral et social » et non « précarité économique ».

- Carences affectives (immaturité, difficultés à se distancier en tant que parent) :

En 2005, les « carences éducatives des parents » sont décrites par l'ODAS comme liées à l'immaturité affective des parents et à l'absence de repères. 50 % des enfants signalés, lors de l'enquête de l'ODAS sont concernés.

- Situation familiale déstabilisée :

Il s'agit de l'absence d'un des deux parents, d'une famille monoparentale, d'une mère célibataire, des conflits de couple et de séparation ou de violences conjugales.

En 2005, les conflits de couple, les séparations et les divorces, concernaient 30% des enfants signalés selon le rapport de l'ODAS. (31)

En 2006, 10 400 enfants signalés étaient concernés par les violences conjugales. (9)

- Problèmes psychopathologiques d'un ou des deux parents (pathologies psychiatriques, dépression, et notamment celle du post-partum) :

Les maladies mentales sont associées à une indisponibilité, une discontinuité, voire une incohérence dans les comportements, variables selon le type de pathologie et la sévérité du trouble. Ces symptômes ont un impact sur la manière dont le parent va pouvoir percevoir et interpréter les signaux de détresse de l'enfant, le protéger et en prendre soin. Ainsi, les problèmes de santé mentale maternelle sont associés avec un manque de confiance dans sa capacité à être parent. (32)

Les parents aux antécédents psychiatriques ont un taux de maltraitance 3 fois plus élevé que la moyenne. (33)

- Abus de drogues et/ou d'alcool par les parents :

Chez de nombreux parents maltraitants on retrouve une consommation de substances addictives. Une intoxication occasionnelle sera responsable d'un acte impulsif qui peut ne pas se reproduire, alors qu'une intoxication chronique sera responsable de négligences pouvant aller jusqu'à l'abandon de l'enfant. (34,35)

- Antécédents parentaux de maltraitance :

D'après la théorie de l'attachement développée par Docteur John Bowlby, les parents ayant subi des actes de maltraitance dans l'enfance n'ont pas pu développer une relation sécurisée. A l'âge adulte, ils ne sont alors pas capables de développer cette relation sécurisante avec leur propre enfant.

Parmi les principales conséquences à long terme de la maltraitance envers les enfants, on retrouve la répétition de la violence envers les autres ou envers soi-même : c'est la répétition transgénérationnelle de la violence. (36)

### **4.3. Facteurs de risque liés à la grossesse**

- grossesse peu ou pas suivie, non déclarée.
- grossesse non désirée.

Il s'agit de grossesses issues d'un viol (qui représentent une situation à risque élevé), d'un déni de grossesse, d'une demande tardive d'interruption de grossesse n'ayant pu aboutir pour diverses raisons, d'une grossesse marquée par un traumatisme psychoaffectif (deuil récent, épisode psychiatrique).

Le néonaticide est l'exemple le plus frappant d'un investissement affectif non abouti de l'enfant en gestation, mais il existe aussi des grossesses non désirées qui se terminent « normalement » par la naissance d'un enfant qui devient très vite maltraité. (36)

- hospitalisation maternelle pendant la grossesse (Menace d'accouchement prématuré, Retard de croissance intra-utérin) :

Elle peut entraîner un « épuisement psychique » de la mère et l'installation précoce de mauvaises relations entre la mère et son enfant. (37)

Selon le Docteur Nicole Guedeney, les soins parentaux qui répondent aux besoins d'attachement du bébé représentent le système de « caregiving ». Le contexte peut faciliter ou entraver l'expression optimale du « caregiving » des parents. Les facteurs liés à l'état psychologique (dépression postnatale, anxiété postnatale, état de stress postnatal, psychoses du postpartum) peuvent plus ou moins altérer gravement l'expression du « caregiving » chez la mère. La multiplicité des stress environnementaux, auxquels la mère peut être soumise, peuvent miner les ressources de celle-ci (événements de vie négatifs – chômage, maladie, conflits conjugaux – l'absence d'alliance parentale avec le père, l'existence d'autres personnes à protéger). (38)

La période périnatale est une période charnière dans la genèse de l'attachement mère-enfant. L'investissement affectif envers l'enfant dès la grossesse, voire avant, et l'établissement d'un véritable lien entre le nouveau-né et ses parents dès la naissance sont les clés d'une relation harmonieuse entre le bébé, puis l'enfant, et ses parents.

Toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement (mais bien sûr pas inéluctablement) délétères. Il en est ainsi de la prématurité, de toutes les causes d'hospitalisation néonatales et de la dépression du post-partum. (36)

## **5. Signalement et information préoccupante**

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance améliore le dispositif d'alerte, d'évaluation et de signalement en créant dans chaque département une cellule chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

### **5.1. Définitions**

Le signalement :

Le signalement des maltraitances à enfants est le « fait de porter à la connaissance de l'autorité judiciaire un certain nombre d'informations relatives à un mineur, laissant présumé l'existence d'une situation de nature à compromettre sa sécurité physique et morale. »

Il s'agit d'un terme juridique réservé à la transmission au procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant. (39)

### L'information préoccupante :

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général de l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur lorsque :

- la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur sont considérées être en danger ou en risque de danger,

- les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont considérées être gravement compromises ou en risque de l'être. (39)

### La Cellule de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) :

Elle est chargée de recueillir et évaluer les informations préoccupantes mais elle peut aussi conseiller les professionnels.

Cette cellule est le lieu unique de recueil permettant de faire converger toutes les informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de l'être.

Elle a pour rôle d'évaluer toutes les informations dont elle est destinataire et soit de mettre en route une action médico-sociale, soit une mesure de protection de l'enfant, soit de signaler elle-même au procureur de la République. (39)

Ce sont les professionnels travaillant au sein d'organisations en contact avec les mineurs qui interpellent les CRIP : éducation nationale, associations, centre Protection maternelle et infantile (PMI), autorité judiciaire, police, services sociaux, etc. Seuls 6% des appels proviennent des professionnels de santé, et 1% de médecins libéraux. (40)

## **5.2. Législation**

Selon l'article 62, alinéa 2 du Code Pénal, « il est fait obligation à quiconque a eu connaissance de sévices ou de privations infligés à des mineurs de moins de 15 ans, d'en informer les autorités administratives ou judiciaires ». Le non-respect de cet article peut être sanctionné par une peine de quatre ans de prison.

La loi du 5 mars 2007 donne un cadre légal au partage d'informations concernant « les mineurs en danger ou risquant de l'être. » L'article 226-14 est une dérogation légale au respect du secret médical qui met à l'abri les médecins de toute poursuite pour violation du secret, à la condition expresse de ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs allégués.

L'article 44 du code de déontologie médicale rappelle que « lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur, auprès duquel il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en état de se protéger, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

### **5.3. Procédures**

Selon l'art 226-14-1 du code pénal, le signalement peut être fait aux autorités judiciaires, médicales ou administratives. Le choix, pour le médecin, de l'autorité compétente à contacter va dépendre du degré de gravité et d'urgence de la situation face à laquelle il se trouve.

En cas de risque de danger ou de danger, le médecin doit s'adresser à la CRIP par téléphone, fax ou courriel. En dehors des horaires d'ouverture, le médecin peut composer le 119 (« allo enfance en danger ») qui est en lien avec la CRIP.

Il existe une fiche de recueil pré remplie (**annexe 1**) téléchargeable sur le site du conseil général de la Vienne, entre autres. Elle doit être accompagnée, si nécessaire, d'un certificat médical sous pli cacheté adressé à l'attention du médecin coordonnateur de PMI.

En cas de péril immédiat, pour une protection immédiate de l'enfant, le médecin doit composer le 17 (qui avise le parquet), joindre le Samu pour organiser l'admission de l'enfant aux urgences pédiatriques et/ou composer le 119 qui est en lien avec la CRIP et le parquet.

La plaquette d'information élaborée par les services de l'ASE et de la PMI de la Vienne rappelle que « si le fait constitue un crime ou un délit (atteintes sexuelles, violences graves sur mineur) le professionnel de santé a l'obligation d'en aviser sans délai le parquet par

l'intermédiaire des services de police ou de gendarmerie puis de transmettre un écrit à la CRIP. »

#### **5.4. Suites**

Suite à une information préoccupante l'enfant fait l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire de circonscription (assistante sociale, psychologue, médecin).

Après l'évaluation, quatre situations sont envisageables :

- classement sans suite dans le cas où le danger n'est pas avéré.
- suivi social et/ou par la PMI.
- intervention de l'ASE mandatée par l'inspecteur de l'ASE (mesures éducatives, proposition de placement).
- s'il est confirmé que l'enfant est en danger et/ou si la famille n'adhère pas à l'intervention du service, l'inspecteur signale la situation de l'enfant au Procureur de la République.

Suite à un signalement judiciaire, c'est le procureur de la République du tribunal de grande instance qui décide d'aviser le juge des enfants de la situation.

Le juge pourra alors opter pour une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert et désigner une personne ou un service pour apporter aide et conseil à la famille.

Il peut aussi subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières (ex : fréquenter un établissement sanitaire ou d'éducation).

En dernier recours, le juge peut retirer l'enfant de son milieu et le placer mais les liens avec la famille doivent être maintenus dans la mesure du possible. (41)

## **MATERIEL ET METHODES**

L'objectif primaire de notre étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes sur le thème du repérage de la maltraitance infantile.

L'objectif secondaire est de rechercher les freins qui s'opposent au signalement d'un enfant maltraité ou en risque de l'être.

Dans ce but, nous avons mené une étude observationnelle à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Poitou-Charentes afin d'évaluer leurs pratiques professionnelles et leurs connaissances à propos du dépistage de la maltraitance infantile (**annexe 2**).

### **1. Constitution de l'échantillon**

Les critères d'inclusion regroupent les médecins généralistes installés ou en collaboration dans la région Poitou-Charentes. Ils peuvent exercer une activité libérale exclusive ou mixte. Sont exclus les médecins généralistes salariés à temps plein, les remplaçants et les internes de médecine générale.

Le questionnaire a été diffusé sur internet via le site google docs®. Pour constituer notre échantillon il a fallu réunir suffisamment d'adresses électroniques de médecins répondant aux critères d'inclusion.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) ne nous ont pas transmis les adresses électroniques des médecins, conformément aux recommandations du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et du conseil national de l'informatique et des libertés (CNIL). Seul le CDOM Charente a accepté de diffuser le lien du questionnaire aux 93 médecins généralistes installés en Charente qui constituaient leur liste d'adresses électroniques.

Le bureau de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) Poitou-Charentes a refusé de diffuser notre questionnaire. Les raisons évoquées ont été un afflux important de

demandes de la part d'internes et le thème de la maltraitance infantile n'est pas en lien avec les orientations annuelles de l'URPS.

Nous avons alors décidé de diffuser le lien du questionnaire à la liste d'adresses électroniques du Collège des généralistes enseignants et maîtres de stage du Poitou-Charentes (Cogems), comprenant 107 médecins.

Pour obtenir un échantillon plus représentatif de médecins généralistes, le lien du questionnaire a également été diffusé aux 81 adhérents de l'association de formation médicale continue de Niort (AFMC de Niort). Enfin, nous avons obtenu 71 nouvelles adresses électroniques de médecins généralistes par le biais du site internet du Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale (CRP-IMG) et par la liste d'offres de remplacements en médecine générale dans la Vienne.

Nous avons fait attention à ne pas comptabiliser deux fois la même adresse électronique qui a pu se trouver dans deux listes différentes. Nous avons retrouvé 13 doublons.

Au total nous avons diffusé ce questionnaire à 339 adresses électroniques différentes.

Sur une période d'un mois, trois relances ont été effectuées sur les adresses électroniques obtenues par le Cogems, par le CRP-IMG et par la liste d'offre de remplacement dans la Vienne. Il n'y a pas eu de relance effectuée de la part du CDOM Charente ni auprès des adhérents à l'AFMC de Niort.

Nous avons recueilli 94 réponses du 26 février 2015 au 12 avril 2015.

## **2. Présentation du questionnaire**

Le questionnaire, anonyme, a été accessible par un lien à la fin d'un mail expliquant les objectifs de notre étude. Il a été élaboré via un site de sondage, Google docs®.

Il inclut 26 questions (**annexe 2**) et a été testé sur 5 médecins au préalable.

Les questions sont fermées, à choix multiples, pour permettre d'y répondre en un temps restreint et, par ce biais, obtenir une participation plus importante des médecins. Le temps estimé pour répondre au questionnaire a été d'une dizaine de minutes.

- La première partie, constituée de 9 questions, s'intéresse aux caractères sociodémographiques du médecin (sexe, âge, département, nombre d'années d'exercice, mode d'exercice, type de cabinet, activité professionnelle complémentaire).

- La seconde partie, constituée de 4 questions, s'intéresse à l'expérience du médecin quant à la maltraitance infantile. A-t-il déjà suspecté un enfant en risque et/ou un enfant maltraité et quelle a été sa prise en charge. Nous questionnons ensuite le médecin sur les freins qu'il peut rencontrer lors d'un signalement d'enfant en danger.

- La troisième partie, constituée de 8 questions, teste les connaissances du médecin à propos des facteurs de risque et des signes d'alerte de maltraitance infantile ainsi que son approche pendant la consultation de médecine générale.

Les facteurs de risque de maltraitance infantile utilisés dans notre questionnaire, sont validés dans différentes études que nous avons détaillées dans la première partie de la thèse.

La fiche mémo *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* publiée par la HAS en octobre 2014 nous a servi de support pour la conception des questions portant sur les signes d'alerte de maltraitance infantile. (15)

- La quatrième partie, à l'aide de 3 questions, teste les connaissances du médecin concernant la législation lors d'un signalement.

- La cinquième partie vise à connaître l'utilisation potentielle ou réelle de la fiche mémo publiée par la HAS. Nous proposons ensuite un lien pour y accéder plus facilement. Enfin, le dernier paragraphe propose aux médecins intéressés par les résultats de l'étude d'ajouter leur adresse électronique pour que ceux-ci puissent leur être diffusés.

Malheureusement nous avons été obligés d'exclure une question du questionnaire portant sur les connaissances à propos du syndrome des bébés secoués. En effet, les médecins n'ont pu cocher qu'une seule affirmation exacte parmi plusieurs propositions exactes. Ceci à cause d'une erreur lors de la conception du questionnaire.

### **3. Établissement d'un score statistique**

Pour évaluer les connaissances des médecins interrogés, nous avons établi un score de 43 points, correspondant au nombre total d'items qui constituent les troisième et quatrième parties du questionnaire.

- Si le médecin répond correctement à un item, il obtient 1 point.
- Si le médecin se trompe, il n'obtient pas de point.
- Si le médecin répond « je ne sais pas » à un item, il n'obtient pas de point.
- Si le médecin ne répond pas à un item, nous considérons l'absence de réponse comme le fait de ne pas connaître la réponse et le médecin n'obtient pas de point.

### **4. Analyse statistique**

Nous avons reporté les réponses du questionnaire dans un tableau Microsoft Excel. Les données ont ensuite été traitées à l'aide d'un logiciel Statview version 5.0 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Un complément d'analyses a été traité par Statgraphics centurion XV.

#### Caractéristiques générales :

Les variables continues sont résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive (médiane, valeurs extrêmes, moyenne et écart type).

Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif brut (n) et le pourcentage (%) correspondant.

Les échantillons ont été comparés deux à deux par un test paramétrique t de *Student*.

De même, l'indépendance des variables catégorielles a été testée par le test de Chi<sup>2</sup>.

Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme significative.

### Analyse du score :

Pour l'analyse du score (variable continue) nous avons eu recours à l'analyse de variance et au test de *Fisher* correspondant pour évaluer si une catégorie donnée (sexe, département...) avait une influence sur le score.

Dans une deuxième étape, lorsque la variable causale suspectée pouvait être exprimée de manière quantitative (ruralité, catégories d'âge) la technique de régression linéaire du score sur cette variable a été utilisée.

## RESULTATS

### 1. Analyse descriptive

#### 1.1. Population de l'étude

Nous avons recueilli 94 réponses sur les 339 envois par mails aux médecins généralistes du Poitou-Charentes auxquels nous avons fait parvenir le questionnaire.

La participation à notre étude est de 27,73 %.

Dans notre échantillon, 28 médecins exercent dans la Vienne, 26 médecins dans les Deux-Sèvres, 24 médecins en Charente-Maritime et 16 médecins en Charente.

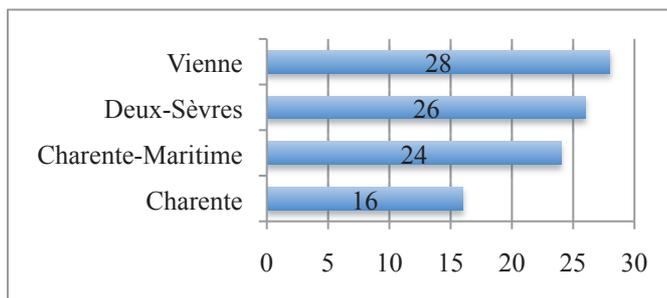


Figure 1 : Nombre de médecins interrogés par département.

L'âge moyen des médecins ayant répondu est de 45 ans.

Les médecins sont âgés de 29 à 72 ans.

47 femmes ont répondu au questionnaire soit 50,5 %.

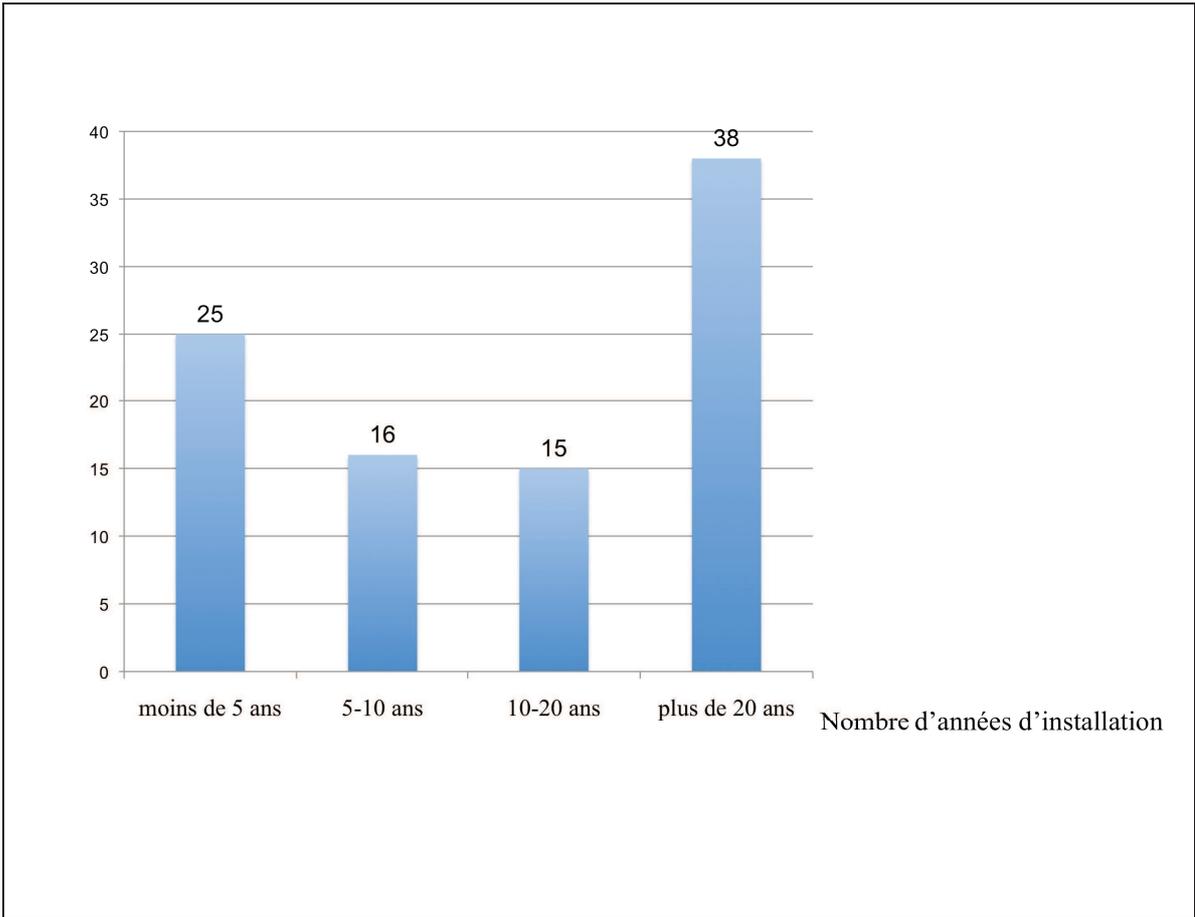


Figure 2 : Répartition du nombre de médecins interrogés selon le nombre d'années d'installation.

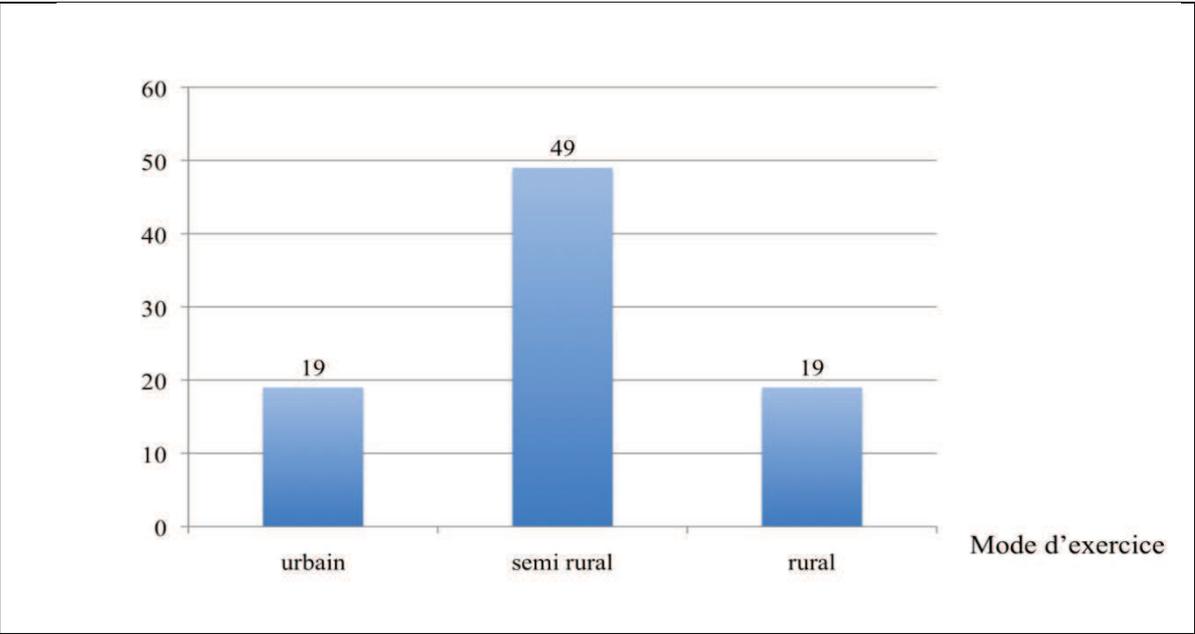
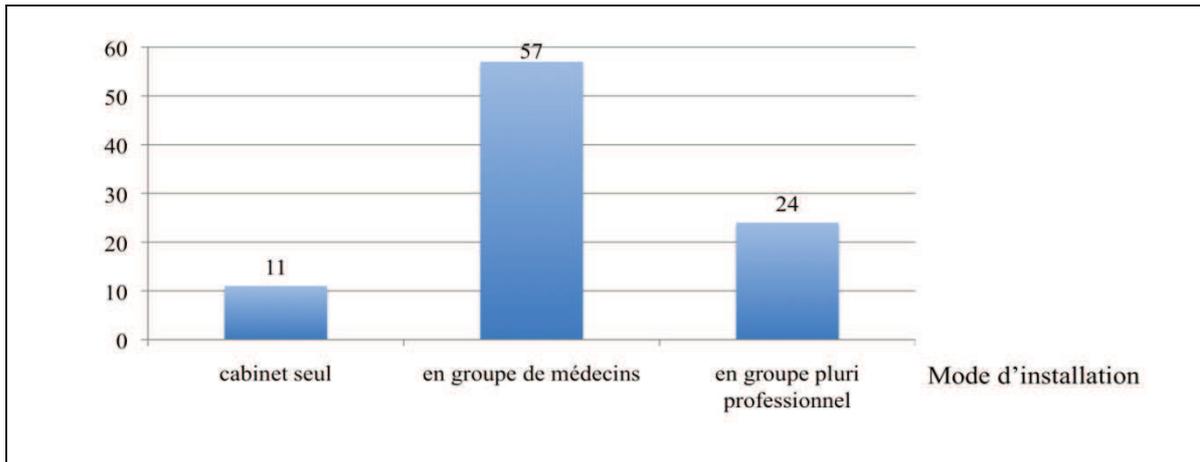


Figure 3 : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'exercice.



**Figure 4** : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'installation.

Parmi les 24 médecins installés en groupe pluri professionnel, 8 médecins exercent aux côtés d'un psychologue.

59 médecins répondent exercer une activité professionnelle complémentaire.

- 27 médecins ne précisent pas le type d'activité complémentaire qu'ils exercent.
- 11 médecins sont maîtres de stage, enseignants et/ou chefs de clinique, soit 12,7 % de l'effectif total.
- 5 médecins sont médecins coordinateurs en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou Maison d'accueil spécialisée (MAS).
- 5 médecins ont une activité complémentaire au planning familial, à la PMI ou en crèche.
- 3 médecins ont une activité complémentaire en clinique, SSR ou hôpital.
- 2 médecins travaillent à la régulation du centre d'appels 15.
- 2 médecins sont spécialisés en acupuncture, 1 en addictologie, 1 en adolescent, 1 en médecine du sport, 1 en gynécologie.

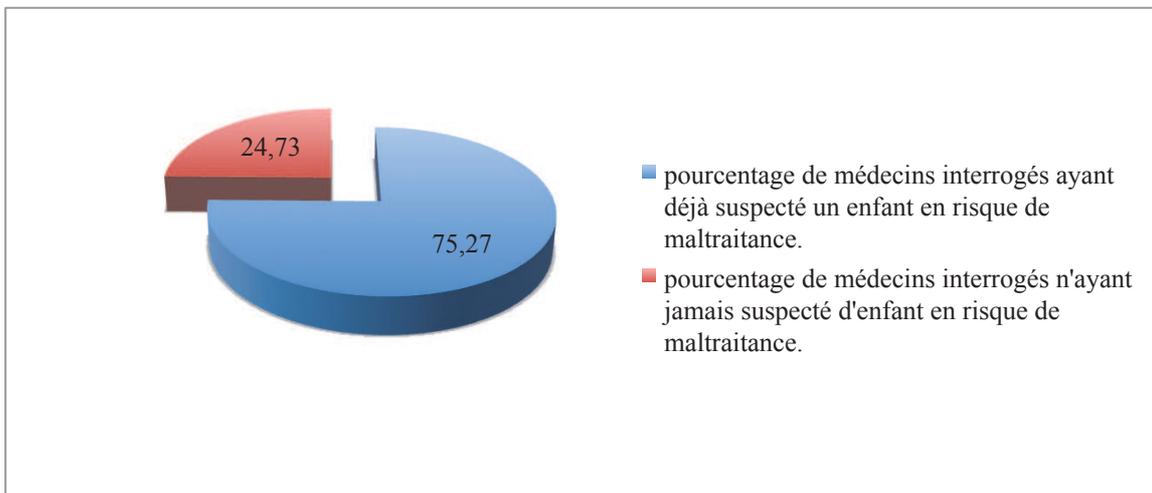
## **1.2. Expérience du médecin à propos de la maltraitance infantile**

77,66 % des médecins interrogés ont déjà suspecté une maltraitance ou un risque de maltraitance infantile (n = 73).

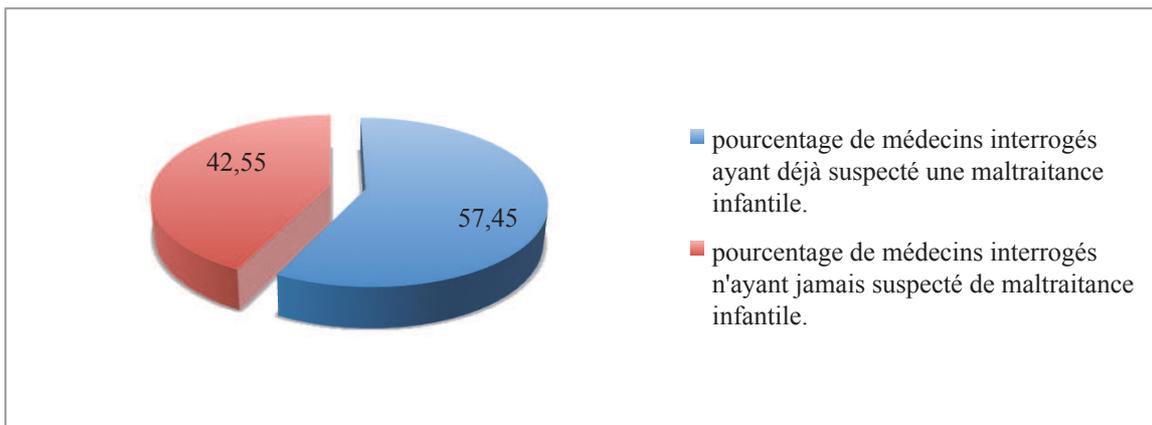
75,27 % des médecins interrogés ont déjà suspecté un risque de maltraitance infantile (n = 70).

57,45 % des médecins interrogés ont déjà suspecté une maltraitance infantile (n = 54).

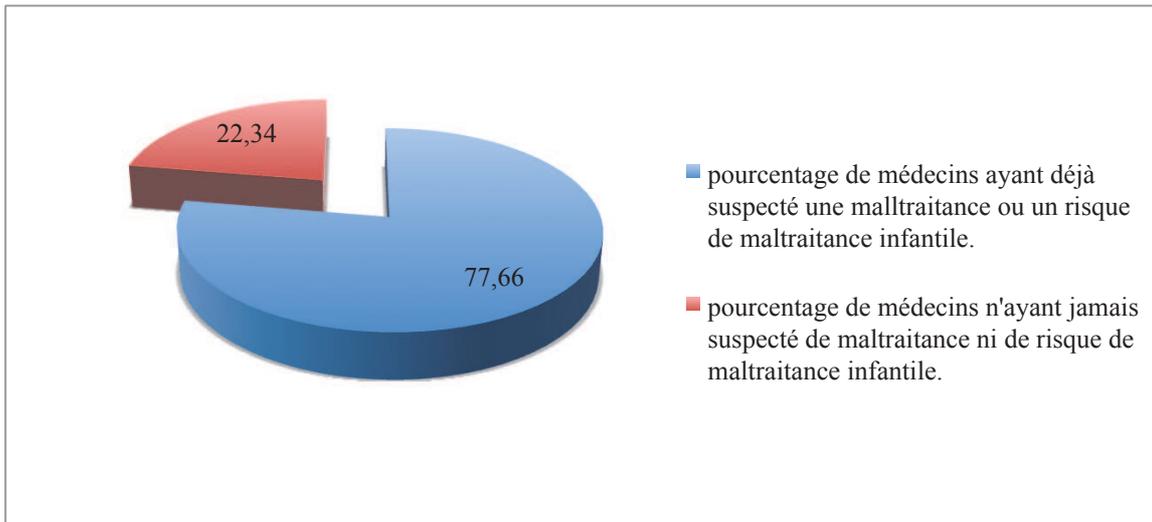
22,34 % des médecins interrogés n'ont jamais suspecté de maltraitance infantile ni de risque de maltraitance infantile (n = 21).



*Figure 5 : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de dépistage d'enfant en risque de maltraitance.*



*Figure 6 : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de dépistage de maltraitance infantile.*



*Figure 7 : Pourcentage de médecins interrogés (%) selon leur expérience en matière de suspicion de maltraitance ou de risque de maltraitance infantile.*

### **1.2.1. Conduite adoptée par les médecins interrogés devant une suspicion d'enfant en danger**

Parmi les 73 médecins ayant déjà suspecté une maltraitance infantile ou un risque de maltraitance infantile et, afin de connaître leur prise en charge, nous leur avons proposé plusieurs choix de réponses – ou items – ainsi qu'un item libre s'ils souhaitent exposer d'autres idées.

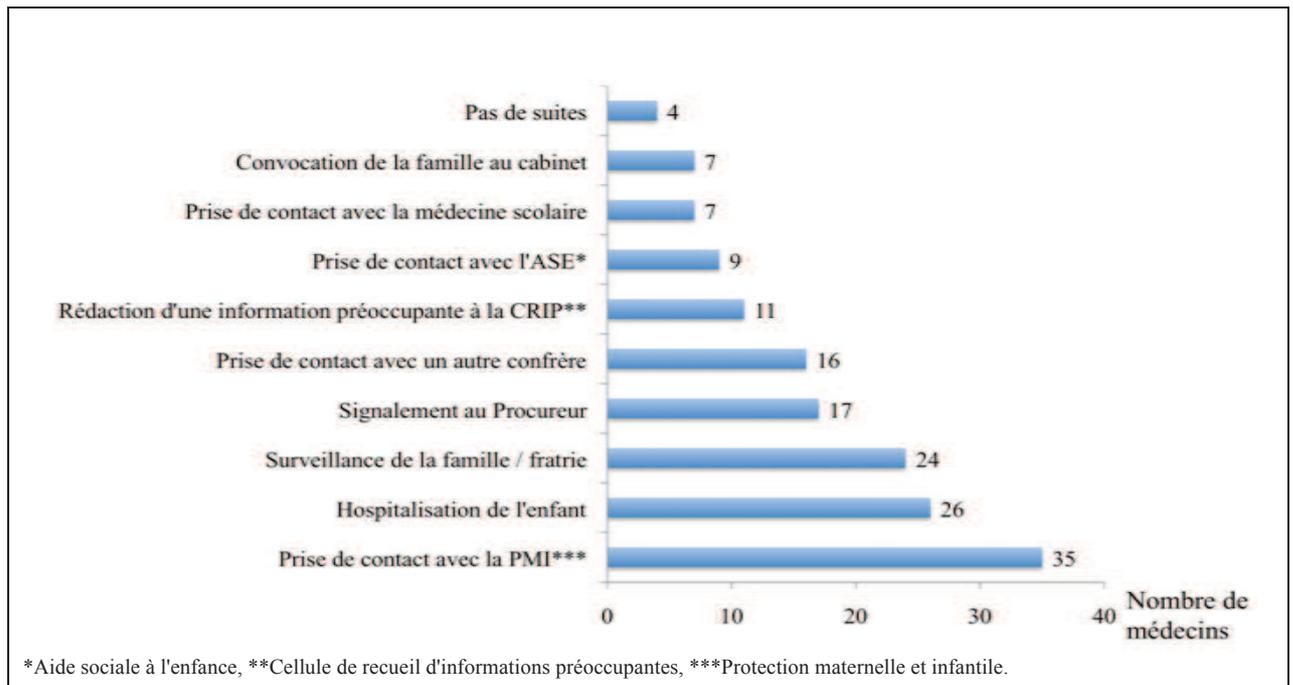
75,34 % médecins (n = 55), ont fait appel à la coordination des soins (PMI, ASE, médecine scolaire, hospitalisation, confrères).

67,12 % médecins (n = 49), n'ont réalisé ni signalement judiciaire ni rédaction d'information préoccupante auprès de la CRIP.

24,66 % médecins (n = 18), ont coché plus de 3 items parmi ceux proposés.

Aucun médecin n'a appelé le 119 (« Allo Enfance Maltraitée »). Un médecin a remis ce numéro à l'enfant.

2 médecins ont pris contact avec les travailleurs sociaux.



**Figure 8** : Comparaison des différentes prises en charge des 73 médecins généralistes qui ont déjà dépisté un enfant en danger de maltraitance.

### 1.2.2. Freins au signalement d'enfant en danger évoqués par les médecins interrogés

Afin de connaître les freins au signalement que peuvent ressentir les médecins généralistes, nous avons proposé plusieurs choix de réponses ainsi qu'une réponse libre s'ils souhaitent exposer d'autres idées.

Sur les 94 médecins ayant répondu au questionnaire, 91 ont répondu à cette question, soit 96,8 %.

80,22 % des médecins interrogés citent la « peur de se tromper » (n = 73), 43,96 % citent le « manque de connaissance des procédures de signalement » et la « peur de stigmatiser la famille » (n = 40).

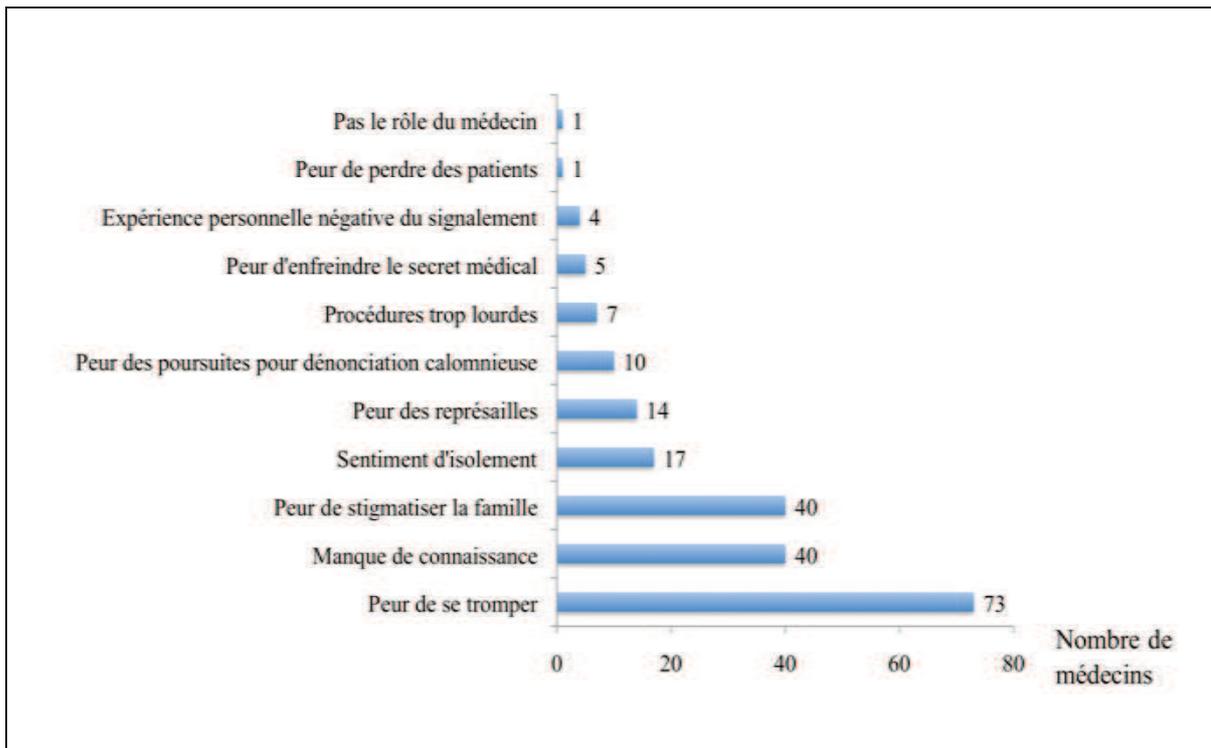


Figure 9 : *Freins au signalement évoqués par les 91 médecins généralistes qui ont répondu à la question.*

Plusieurs médecins ont exposé d'autres freins :

Un médecin mentionne avoir peur du risque pénal.

Un autre explique : « *Au cours du signalement il est indiqué à la famille de qui provient cette plainte et le risque que l'agresseur de l'enfant devienne notre agresseur est probable.* »

Un autre nomme le manque de temps.

Un autre a peur de perdre contact avec la famille.

Un autre écrit : « *enfants qui sont très rarement vus en consultation, ne reviennent pas malgré les encouragements, notamment pour les vaccins, pas à jour; peur de culpabiliser un/les parents(s), peur de leur faire peur!* »

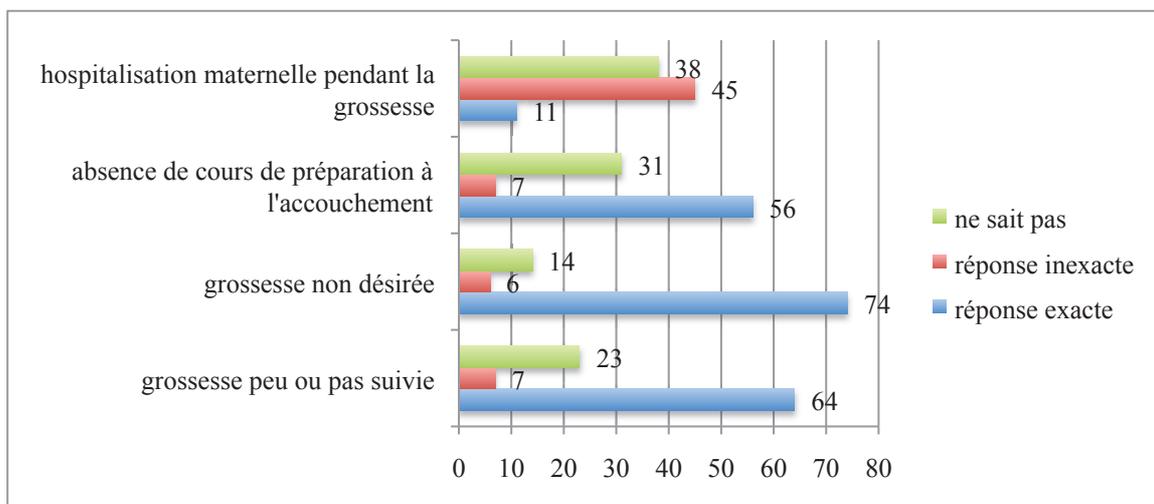
Un médecin mentionne la peur de détruire des relations familiales.

### 1.3. Analyse des connaissances des médecins interrogés

#### 1.3.1. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile

##### Les facteurs de risque liés à la grossesse :

Seuls 11,70 % des médecins interrogés (n = 11) pensent qu'une hospitalisation maternelle pendant la grossesse est un facteur de risque de maltraitance infantile.



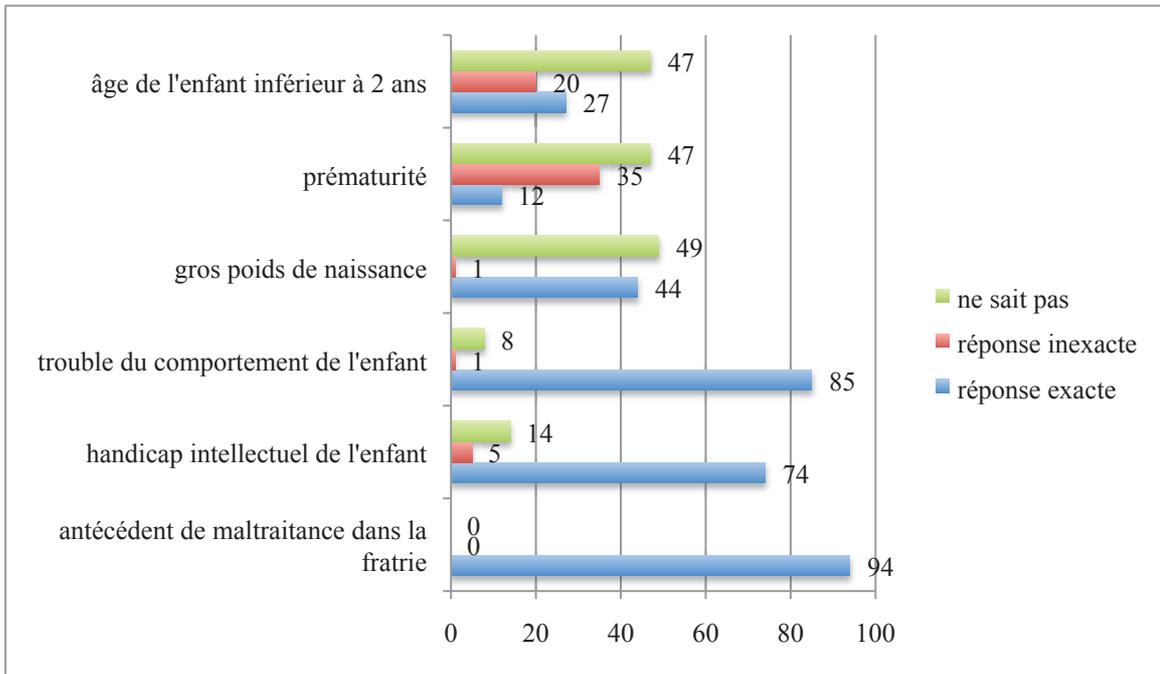
**Figure 10 :** *Évaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés à la grossesse.*

##### Les facteurs de risque liés à l'enfant :

Seuls 12,76 % des médecins interrogés (n = 12) considèrent la prématurité comme un facteur de risque de maltraitance infantile.

50 % des médecins interrogés (n = 47) ne savent pas si l'âge inférieur à 2 ans peut être considéré comme un facteur de risque de maltraitance.

Tous les médecins interrogés considèrent un antécédent de maltraitance dans la fratrie comme un facteur de risque de maltraitance infantile.

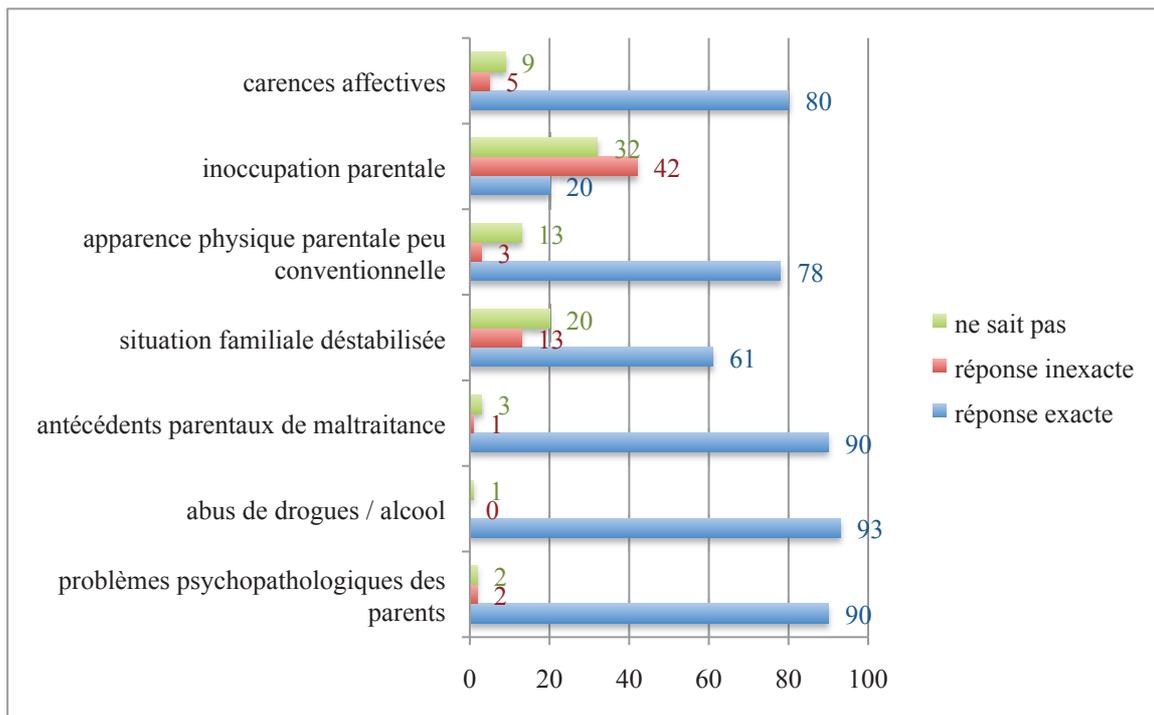


**Figure 11** : *Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés à l'enfant.*

Les facteurs de risque liés aux parents :

Seuls 21,28 % des médecins interrogés (n = 20) considèrent l'inoccupation parentale comme un facteur de risque de maltraitance infantile.

Par contre 98,94 % des médecins interrogés (n = 93) pensent que l'abus de drogues ou d'alcool est un facteur de risque de maltraitance infantile.



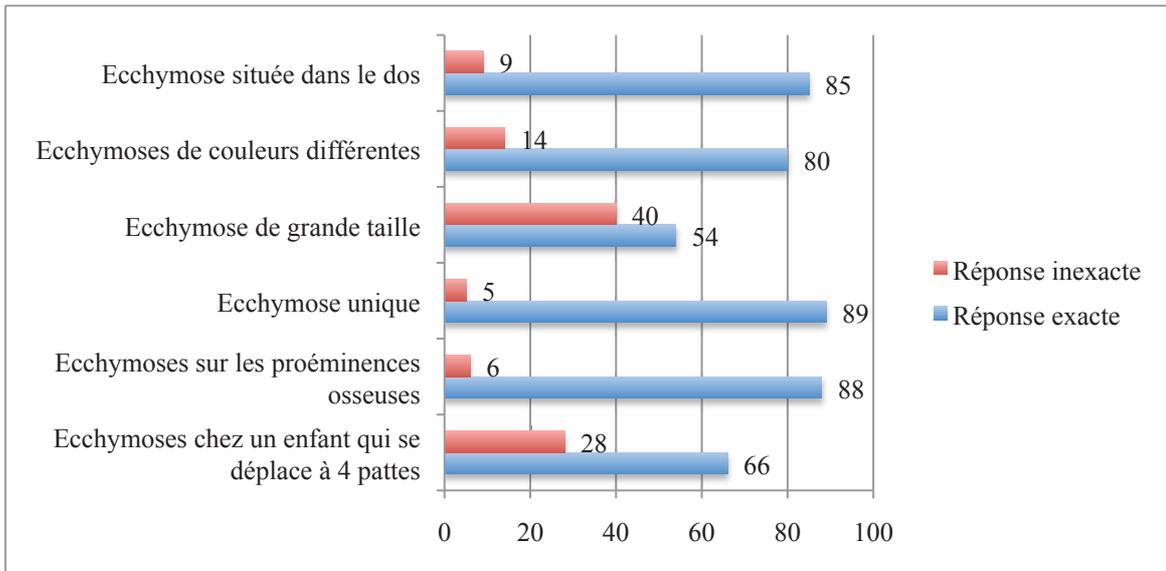
**Figure 12** : *Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des facteurs de risque de maltraitance infantile liés aux parents.*

### 1.3.2. Connaissance des signes cliniques de maltraitance infantile

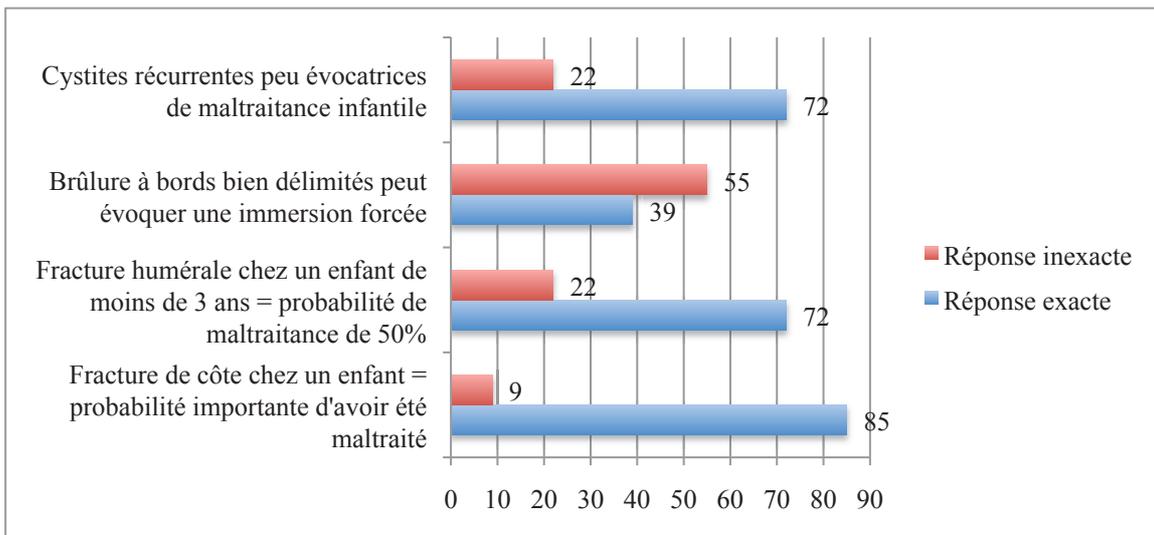
42,55 % des médecins interrogés (n = 40) n'évoquent pas systématiquement une maltraitance infantile devant une ecchymose de grande taille.

En excluant l'item « ecchymose de grande taille », 86,80 % des médecins ont répondu correctement à la question portant sur les ecchymoses.

58,51 % des médecins interrogés (n = 55), se trompent et pensent qu'une brûlure à bords bien délimités n'évoque pas une immersion forcée.



**Figure 13 :** *Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos des ecchymoses évocatrices de maltraitance infantile.*



**Figure 14 :** *Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos de signes d'alerte de maltraitance infantile.*

### 1.3.3. Connaissance des comportements d'un enfant maltraité

L'item qui a suscité le plus d'interrogation de la part des médecins interrogés est celui qui concerne le temps quotidien passé devant la télévision par l'enfant. En effet, 39,36 % des médecins interrogés (n = 37) répondent ne pas savoir si ce comportement peut être révélateur de maltraitance infantile.

Si on retire cet item, le pourcentage de réponses exactes à cette question est de 81,12 %.

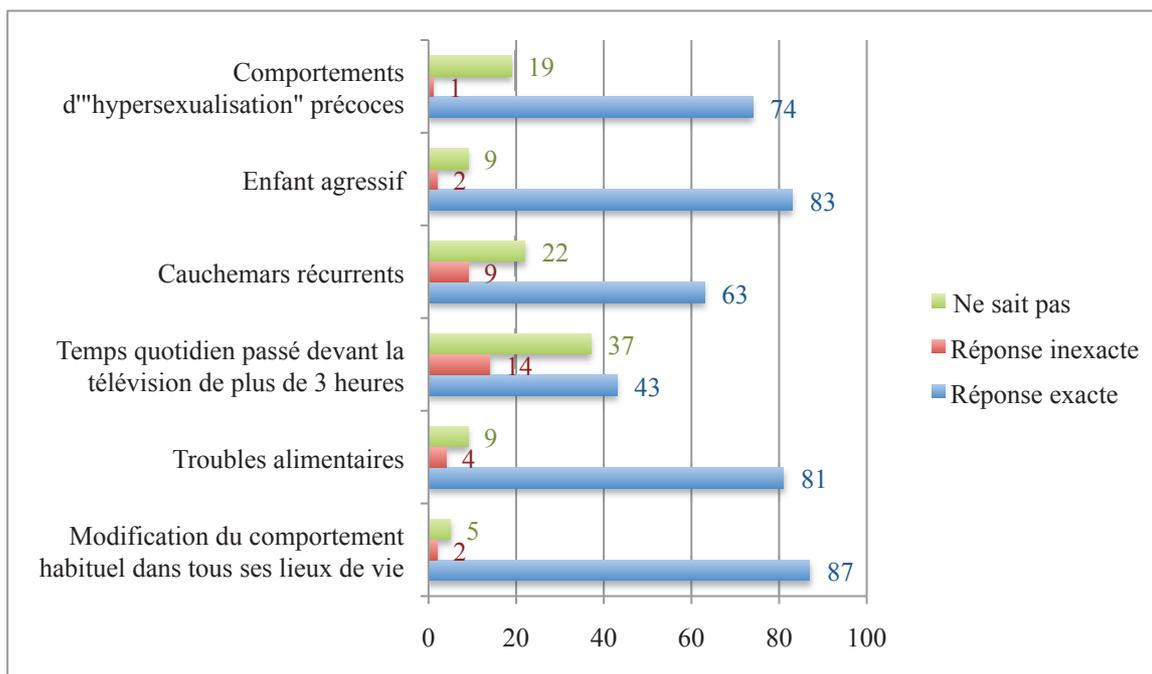


Figure 15 : Evaluation des connaissances de médecins interrogés à propos des comportements d'enfant pouvant être révélateurs de maltraitance.

### 1.3.4. Approche du médecin lors de la consultation en cas de suspicion de maltraitance infantile

Le pourcentage global de réponses exactes à cette question est de 81,15 %.

Seuls 60,64 % des médecins (n = 57) cherchent à examiner l'enfant seul à seul dès que son âge le permet et avec son accord.

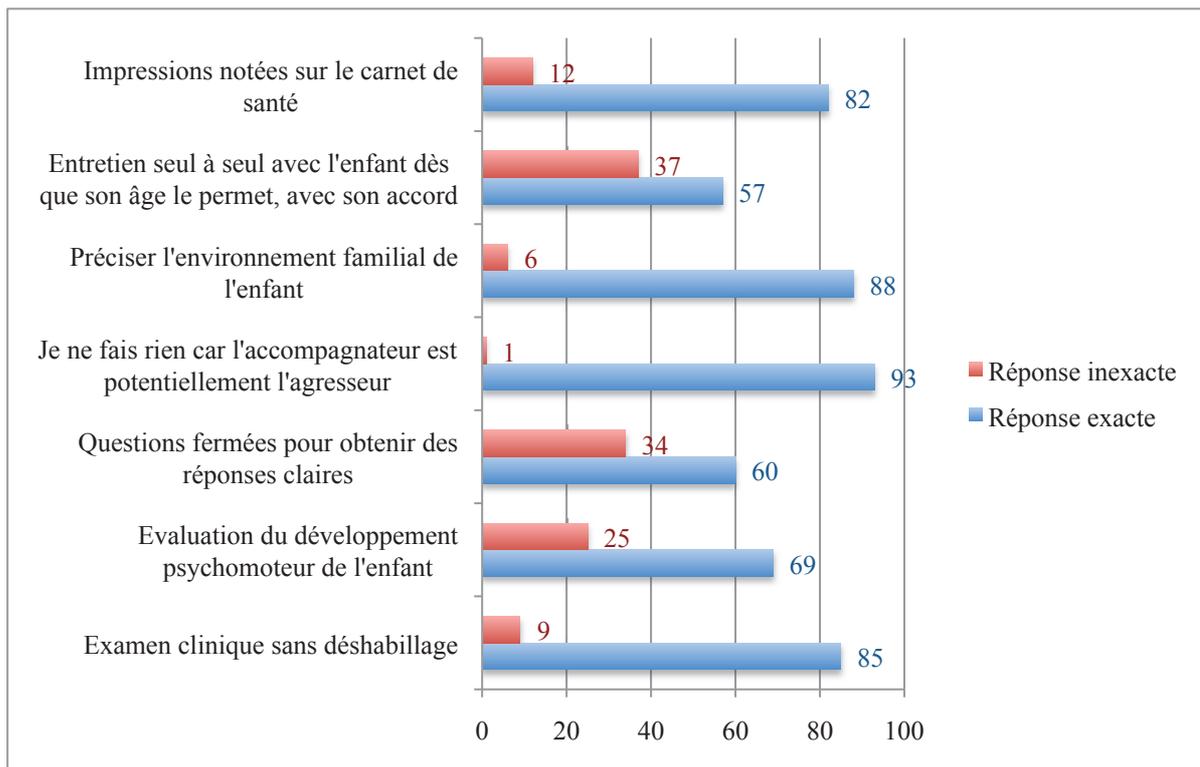


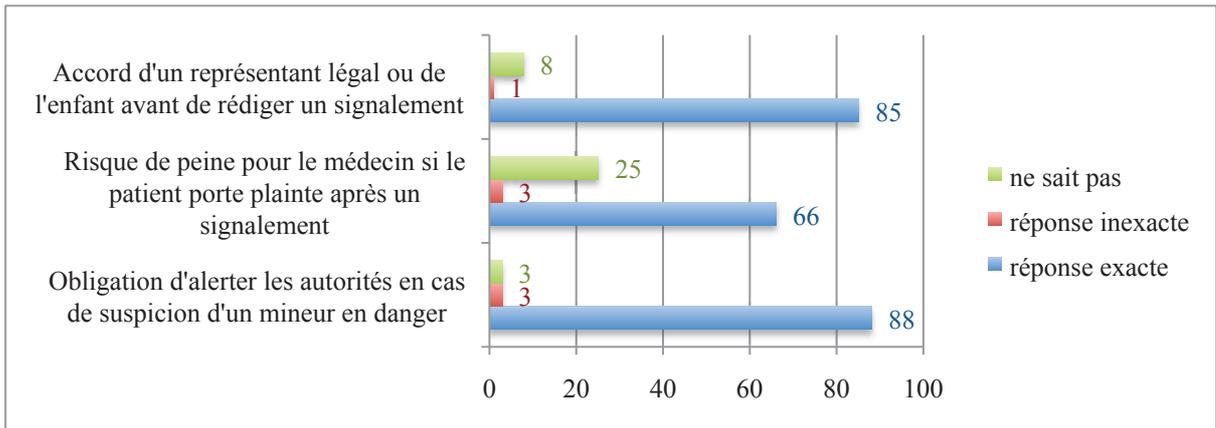
Figure 16 : Evaluation des connaissances des médecins interrogés à propos de l'approche de la consultation lors d'une suspicion de maltraitance infantile.

### 1.3.5. Connaissance de la législation lors d'un signalement

84,75 % des médecins ont répondu correctement aux trois questions posées.

26,59 % des médecins interrogés (n = 25) ne savent pas si le médecin qui signale des sévices qu'il a constaté, avec l'accord de la victime, peut encourir une peine si une plainte est déposée.

70,21 % des médecins interrogés (n = 66) ne se trompent pas et savent que le médecin ne peut pas encourir de peine dans ce cas précis.



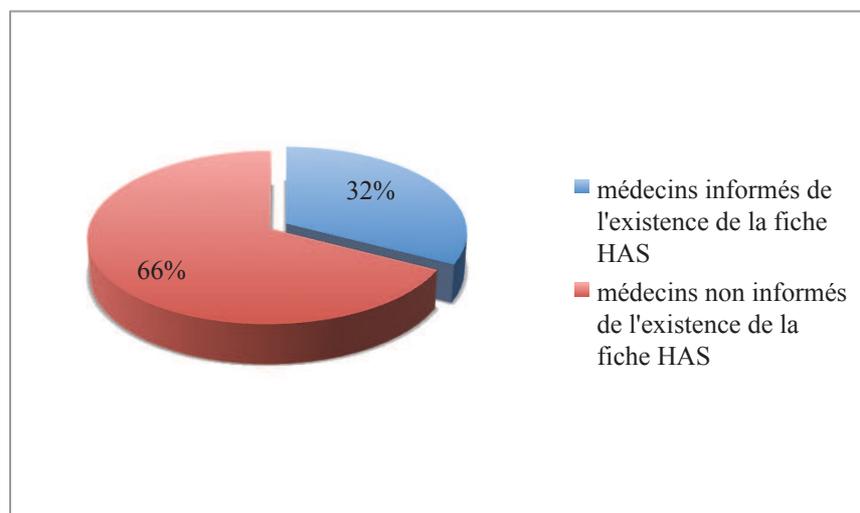
**Figure 17** : Evaluation des médecins interrogés à propos de la législation en cas de suspicion d'enfant en danger.

#### **1.4. Utilisation de la fiche mémo de la HAS « Maltraitance à enfant : repérage et conduite à tenir » et intérêt de notre étude pour les médecins interrogés**

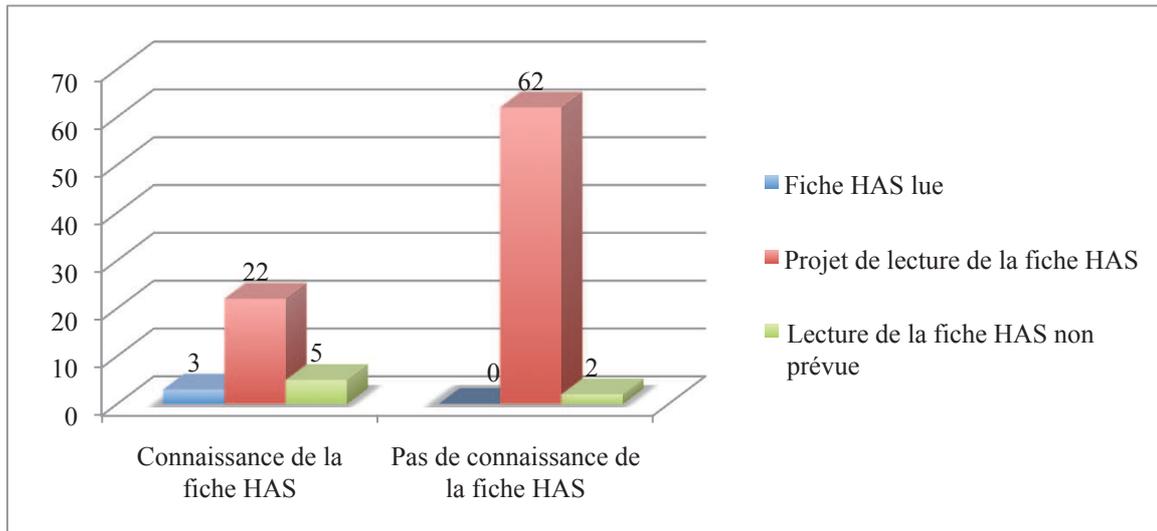
32% des répondants (n = 30) connaissaient l'existence de la fiche mémo de la HAS.

Seuls 3 médecins avaient déjà lu cette fiche.

Après notre questionnaire 84 médecins projetaient de la lire.



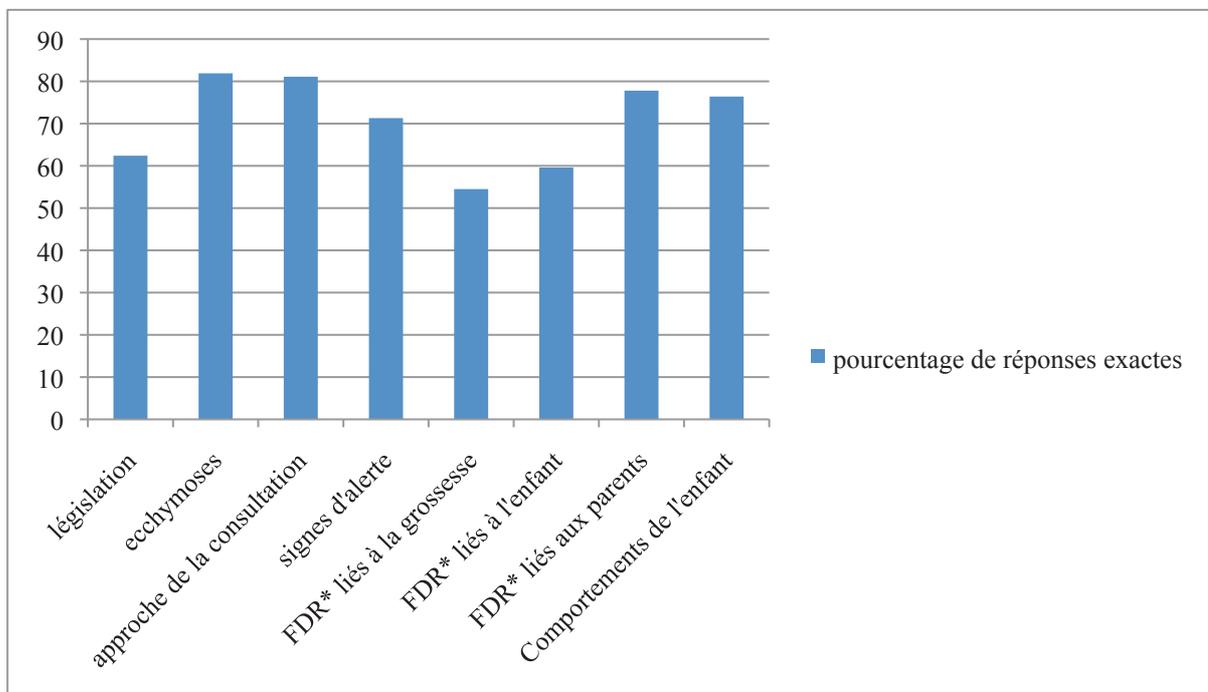
**Figure 18** : Répartition des médecins selon leur connaissance ou non de l'existence de la fiche HAS avant de répondre au questionnaire.



**Figure 19 :** Répartition des projets de lecture de la fiche HAS selon deux groupes de médecins, ceux qui en connaissaient l'existence et ceux qui l'ont connu par le questionnaire.

78,72 % de médecins (n = 74) souhaitaient être informés des résultats de l'étude.

### 1.5. Pourcentage de réponses exactes selon le type de questions



\* Facteur de risque

**Figure 20 :** Pourcentage de réponses exactes selon le type de question posée.

Le pourcentage moyen de réponses exactes à propos de la connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile est de 63,97 % :

77,81 % de réponse exacte à propos des facteurs de risque liés aux parents.

59,57 % de réponse exacte à propos des facteurs de risque liés aux enfants.

54,53 % de réponse exacte à propos des facteurs de risque liés à la grossesse.

## **2. Analyse du score**

La moyenne globale du score est de 31,11/43, soit une réussite de 72,3 %.

La médiane est de 31 et l'écart type de 3,09.

Les notes sont comprises entre 23 et 37/43.

### **2.1. Répartition du score selon les caractères sociodémographiques des médecins interrogés**

Les résultats détaillés ci-après sont résumés dans le tableau 1.

#### **2.1.1. Répartition du score selon le genre des médecins**

Le score sont de 31,10 pour les hommes contre 31,08 pour les femmes. Cette différence n'est pas significative ( $p = 0,97$ ).

#### **2.1.2. Répartition du score selon l'âge des médecins**

Le score n'est pas significativement différent selon les catégories d'âges : inférieur à 40 ans, 40-60 ans et supérieur à 60 ans ( $p = 0,20$ ).

#### **2.1.3. Répartition du score selon le département d'installation**

Le score n'est pas significativement différent selon le département d'installation ( $p = 0,60$ ).

#### **2.1.4. Répartition du score selon le nombre d'années d'installation**

Le score n'est pas significativement différent selon le nombre d'années d'installation ( $p = 0,69$ ).

#### **2.1.5. Répartition du score selon le mode d'exercice**

Selon le test de *Fisher*, on retrouve une tendance ( $p = 0,08$ ) suggérant que le mode d'exercice influe sur le score.

Selon le test de *Student*, les médecins ruraux obtiennent un score significativement plus élevé (moyenne = 32,08) par rapport aux médecins urbains, qui obtiennent une moyenne de 30 ( $p = 0,03$ ).

Pour la catégorie des médecins semi-ruraux le score obtenu est intermédiaire (moyenne = 31,00).

La régression linéaire du score sur la variable « ruralité » (0 = urbain, 1 = semi urbain, 2 = rural) est significative ( $p = 0,027$ ).

#### **2.1.6. Répartition du score selon le type de cabinet**

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les médecins exerçant seuls (moyenne = 30,91), en groupe de médecins (moyenne = 31,07) ou en groupe pluri professionnel (moyenne = 31,33) ( $p = 0,92$ ).

#### **2.1.7. Répartition du score selon la présence d'une activité complémentaire**

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les médecins ayant une activité complémentaire par rapport aux autres ( $p = 0,99$ ).

Nous ne retrouvons pas non plus de différence significative entre les 11 médecins qui précisent être MSU (moyenne = 32,3) par rapport aux autres ( $p = 0,15$ ).

**Tableau 2:** Comparaison de la moyenne des scores selon les données sociodémographiques des médecins.

caractères sociodémographiques	moyenne des scores /43	p*
<b>sexe</b>		
féminin (n=47)	31,09	0,97
masculin (n=46)	31,10	
<b>âge</b>		
inférieur à 40 ans (n = 39)	30,82	0,20
40-60 ans (n = 40)	31,78	
supérieur à 60 ans (n = 13)	30,23	
<b>département</b>		
Charente (n=16)	31,69	0,60
Charente Maritime (n=24)	30,67	
Deux-Sèvres (n=26)	30,73	
Vienne (n=28)	31,50	
<b>nombre d'années d'installation</b>		
moins de 5 ans (n = 25)	30,68	0,69
5-10 ans (n =16)	31,44	
10-20 ans (n =15)	31,80	
plus de 20 ans (n =38)	30,97	
<b>mode d'exercice</b>		
rural (n=26)	32,07	0,08
semi rural (n=49)	31,00	
urbain (n=19)	30,05	
<b>type de cabinet</b>		
seul (n=11)	30,91	0,92
groupe de médecins (n=57)	31,07	
groupe pluri professionnel (n=24)	31,33	
<b>activité complémentaire</b>		
oui (n=34)	31,17	0,99
non (n=59)	31,18	

p\* : probabilité du F du test de Fisher.

## 2.2. Répartition du score selon la connaissance de la fiche HAS

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre le score des médecins qui connaissent la fiche HAS (n = 30, moyenne = 31,67) et le score de ceux qui ne la connaissent pas (n = 64, moyenne = 30,84), ( $p = 0,23$ ).

### **2.3. Répartition du score selon le souhait du médecin d'être informé des résultats de l'étude**

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre le score des médecins qui souhaitent être informés des résultats de l'étude ( $n = 74$ , moyenne = 31,37) et le score de ceux qui ne le souhaitent pas ( $n = 20$ , moyenne = 30,15), ( $p = 0,12$ ).

### **2.4. Répartition du score selon le fait d'avoir ou non déjà suspecté un enfant en risque de maltraitance**

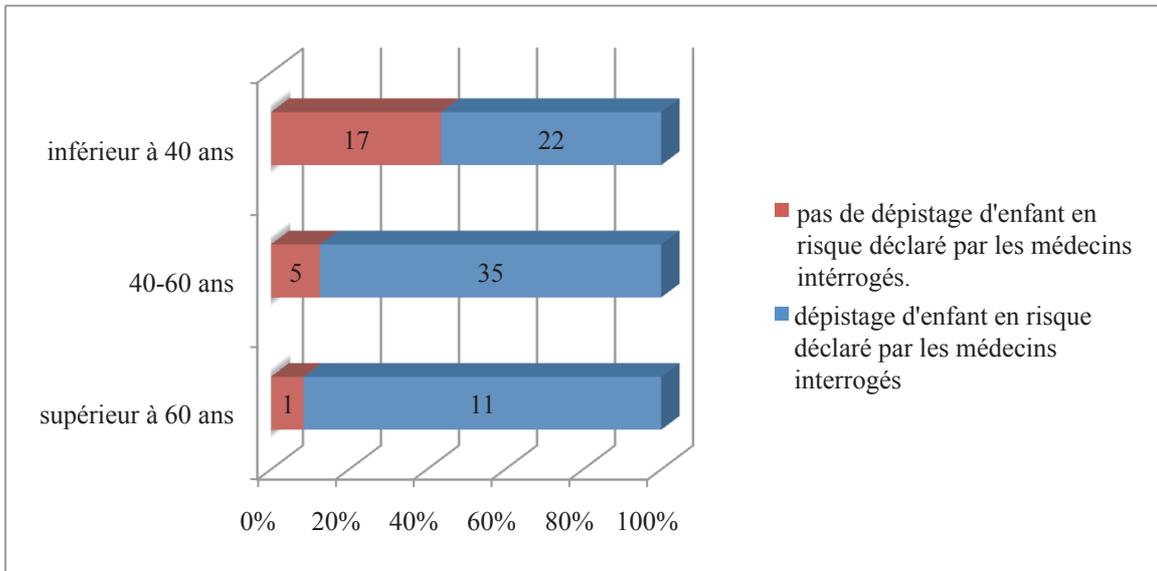
Le score n'est pas significativement différent entre les médecins qui ont déjà dépisté un enfant en risque ( $n = 70$ , moyenne = 31,04) et ceux qui n'ont jamais dépisté d'enfant en risque ( $n = 23$ , moyenne = 31,44), ( $p = 0,60$ ).

### **2.5. Répartition du score selon le fait d'avoir ou non déjà suspecté un enfant maltraité**

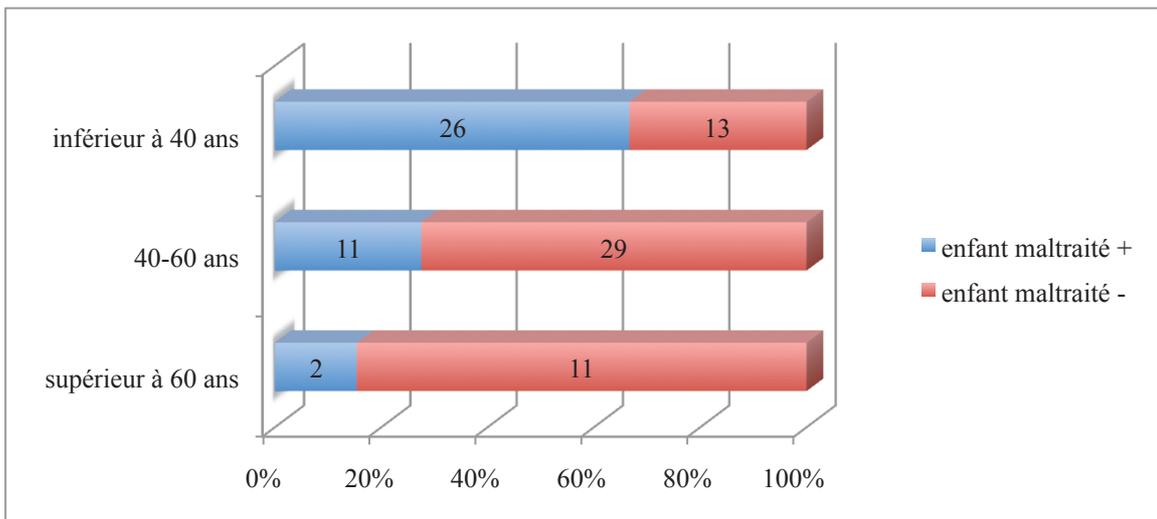
Le score n'est pas significativement différent entre les médecins qui ont déjà suspecté un enfant victime de maltraitance ( $n = 54$ , moyenne = 30,98) et ceux qui n'ont jamais dépisté d'enfant victime de maltraitance ( $n = 40$ , moyenne = 31,28), ( $p = 0,65$ ).

## **3. Taux de dépistage d'enfant en danger selon les catégories d'âge des médecins interrogés**

Le taux de dépistage d'enfant en danger varie de façon significative ( $p$  du test de  $\text{Chi}^2 = 0,0017$ ) par rapport aux catégories d'âge. Il en va de même pour le dépistage des enfants en risque ( $p$  du test de  $\text{Chi}^2 = 0,002$ ) et celui des enfants maltraités ( $p$  du test de  $\text{Chi}^2 = 0,0002$ ).



**Figure 21 :** Taux de déclarations de dépistage d'enfants en risque par catégorie d'âge des médecins.



**Figure 22 :** Taux de déclarations de dépistage d'enfants maltraités par catégorie d'âge des médecins.

## **DISCUSSION**

### **1. Principaux résultats**

#### **1.1. Interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes en cas de suspicion d'enfant en danger de maltraitance**

Dans notre étude 18 médecins cochent plus de 3 items pour décrire leur prise en charge d'un enfant en danger.

Même si le type de réponse à choix multiples a pu entraîner une augmentation du nombre d'items cochés par les médecins, on peut également expliquer ce phénomène par, d'une part, l'existence de situations différentes auxquelles le médecin s'est adapté, entraînant des prises en charge variables, et, d'autre part, par une hésitation sur la conduite à tenir. Faut-il adresser l'enfant à la PMI, à l'ASE, faire un signalement auprès du procureur de la République, envoyer une fiche de recueil à la CRIP, hospitaliser l'enfant ? Que faire et dans quel ordre ?

Dans la Vienne, il existe une plaquette réalisée conjointement par l'ASE et la PMI rappelant la procédure à adopter en cas d'enfant en risque de danger, en danger ou en cas de péril immédiat. On y retrouve lisiblement les adresses des sites internet où est disponible la fiche de recueil ainsi que les coordonnées de la CRIP (**annexe 1**). Ce type de plaquette est à promouvoir ainsi que sa distribution auprès des médecins généralistes.

Parmi les 73 médecins qui ont déjà dépisté un enfant en danger, 75,34% des médecins interrogés ont fait appel à la coordination des soins (PMI, ASE, médecine scolaire, hospitalisation, confrères) et 47,95% des médecins interrogés ont pris contact avec la PMI. Une thèse soutenue en octobre 2013 retrouve également l'hôpital et la PMI comme étant deux interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes de l'Ille-et-Vilaine. (42) On peut expliquer ce phénomène par le fait que ces deux structures sont facilement accessibles et les parents et médecins en connaissent les coordonnées ainsi que les interlocuteurs.

Cette hypothèse est renforcée par le fait qu'aucun médecin de notre étude n'a utilisé le numéro 119 (« allo enfance maltraitée »). D'autres études montrent que les médecins

connaissent mal l'existence et le rôle de ce numéro. (43,44) Pourtant le rôle du SNATED est bien de conseiller, d'orienter les appelants – non professionnels ou professionnels – et, si nécessaire, de transmettre les informations à la CRIP du département concerné.

On a vu que la PMI est un interlocuteur privilégié pour le médecin généraliste. En effet, elle joue un rôle dans le dépistage de la maltraitance infantile mais également un rôle important dans la prévention de celle-ci. Une étude publiée en 2001 dans le journal « *Development and Psychopathology* » a montré la diminution des cas de maltraitance à enfant lorsque les mères « fragiles » ont été suivies régulièrement par des puéricultrices dans les deux premières années de vie de leur enfant. (45) Un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré- et le post-partum, constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. (46) Dans ce but, le plan de périnatalité 2005-2007 a eu pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance en organisant un entretien individuel du quatrième mois de grossesse, en améliorant la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et en développant les réseaux en périnatalité. (47)

A Poitiers, un rapport de l'ARS publié en 2012 a montré que l'entretien prénatal précoce est très apprécié par les femmes qui en ont bénéficié. Il contribue à expliciter les angoisses, les besoins, les questions que se posent les futurs parents. Malheureusement, sa réalisation est souvent tardive, au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et seulement 1/4 des sages-femmes interrogées citent le médecin généraliste comme professionnel orientant les femmes enceintes vers l'entretien prénatal. (48) Pourtant il est recommandé de le proposer systématiquement aux femmes enceintes. Le médecin généraliste n'est peut-être pas suffisamment sensibilisé à l'utilité de cet entretien.

De plus, depuis 2007, on constate que là où l'entretien prénatal est implanté, il a été l'occasion de repenser les relations interprofessionnelles, notamment grâce à la création de formations nouvelles, utilisant des méthodes pédagogiques innovantes. (49) Il faut donc poursuivre les efforts en ce sens, informer les médecins généralistes et gynécologues obstétriciens sur les bénéfices de l'entretien prénatal. Une fois sensibilisés ils pourront eux-mêmes suivre une formation sur l'entretien prénatal et, par ce biais, améliorer la prévention de la maltraitance infantile.

## **1.2. Choix du signalement judiciaire ou de l'information préoccupante à la CRIP**

Dans notre étude, 67,12 % des médecins interrogés n'ont réalisé ni signalement judiciaire ni rédaction d'information préoccupante auprès de la CRIP. Ce taux est encore trop important car, même si, comme on l'a vu précédemment, les médecins préfèrent adresser l'enfant à l'hôpital ou à la PMI en cas de suspicion de danger, il est également recommandé que le médecin rédige une note d'information préoccupante.

23,29 % des médecins interrogés signalent la maltraitance au procureur de la République. Seuls 15,07 % des médecins interrogés rédigent une information préoccupante à la CRIP.

Dans une autre étude, en 2012, le procureur de la République était cité comme interlocuteur privilégié des médecins généralistes chez 48,3 % des médecins interrogés (42) et selon le CNOM, « les médecins continuent à préférer le signalement au Procureur, chef d'un parquet fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, personne identifiable dont ils ont de longue date le numéro de ligne téléphonique directe au parquet, voire "entité physique" plus individualisée qu'une nébuleuse cellule administrative du conseil général ». (50)

De plus, selon le rapport des Etats généraux de l'enfance, un nombre insuffisant de médecins connaît réellement la différence entre « signalement judiciaire » et « information préoccupante ». (44) Dans une étude publiée dans la revue *Exercer*, en 2015, seuls 5 % des médecins ont déjà été formés à l'information préoccupante. (51) Il faudrait promouvoir des formations ciblées sur l'information préoccupante.

### **1.3. Réticences des médecins généralistes à signaler**

Dans notre étude, 80,22 % des médecins citent « la peur de se tromper » comme étant un frein au signalement.

La « peur de se tromper » est un terme assez global. Il rapporte sans doute le médecin à une expérience personnelle et prend alors une signification différente pour chacun. Le type de notre étude par questionnaire à réponse fermée n'a pas permis d'étayer la raison de leur « peur » et quel sens y met chaque médecin. Toutefois une autre thèse retrouve des données similaires avec 70,70 % des médecins interrogés qui nomment la « crainte de se tromper » comme difficulté principale face à une situation de maltraitance infantile. (52) Plusieurs études anglo-saxonnes retrouvent les mêmes conclusions associées à la peur des conséquences judiciaires pour le praticien. (53,54)

Après la peur de se tromper, le « manque de connaissance des procédures de signalement » est cité par 45,96 % des médecins comme étant un frein au signalement. Ils sont conscients qu'ils ne sont pas suffisamment formés dans ce domaine. Ils seraient donc probablement réceptifs à des formations ciblées sur l'information préoccupante.

Le troisième frein signalé par 45,96 % des médecins est la « peur de stigmatiser la famille ». On peut comprendre la « peur de stigmatiser la famille » *par le médecin* ou la « peur de stigmatiser la famille » *par les services sociaux et la justice*.

Généralement, le médecin soigne toute la famille, une relation d'empathie se crée entre eux. Il peut être difficile de concevoir qu'un parent puisse faire du mal à son propre enfant, particulièrement lorsque le médecin entretient des relations chaleureuses avec la famille. (55) L'empathie avec les familles peut se révéler dangereuse, car la manipulation et la séduction exercées par des parents pervers ne sont pas rares.

Les motivations qui poussent certains médecins à ne pas signaler sont complexes mais il est probable qu'une des raisons est que le signalement représente la reconnaissance de ce qu'on ne veut ni voir, ni savoir, ni entendre. (56)

La « peur de stigmatiser » peut aussi révéler un manque de confiance envers les services sociaux de la part du médecin : le médecin peut avoir peur que les services sociaux stigmatisent l'enfant. Ce manque de confiance est retrouvé dans d'autres thèses. (42,43,57) Cela témoigne d'une certaine méconnaissance du rôle des services sociaux et de la Justice. Promouvoir l'envoi systématique de réponses suite à un signalement administratif pourrait participer à lever la méfiance des médecins.

Ensuite, 11 % des médecins interrogés avouent craindre une « poursuite pour dénonciation calomnieuse » lorsqu'ils signalent un enfant en danger. C'est peut être la multiplication des textes législatifs et des décrets qui renforcent la difficulté du médecin à saisir le vrai sens de la loi.

Pourtant, les médecins répondant à notre étude connaissent globalement bien la législation sur le signalement avec 84,75 % de réponses exactes sur ce thème et seuls 5 médecins identifient la « peur d'enfreindre le secret médical » comme un frein au signalement.

Ils connaissent donc leur devoir de signalement mais gardent la crainte d'une poursuite. On peut penser que la médiatisation de certaines affaires judiciaires a altéré la confiance des médecins envers le système judiciaire. Pourtant, selon l'article 226-10 du code pénal, un signalement, même s'il se révèle, après analyse de la situation, infondé, ne peut être considéré comme une dénonciation calomnieuse que s'il est prouvé que son rédacteur a agi de mauvaise foi, c'est-à-dire avec l'intention de nuire.

Il faudrait prévoir des formations sur la rédaction d'un signalement d'enfant en danger. Cet acte doit en effet se faire selon des règles précises. Le comportement de l'enfant doit être décrit, ainsi que ses lésions, qui doivent l'être avec le plus grand soin (aspect, âge, cause probable) sans préjuger de leur auteur. Les propos entendus doivent être rapportés, y compris ceux de l'enfant, mais toujours entre guillemets. Ces précautions sont essentielles pour que le médecin n'encoure pas de risque d'accusation, d'immixtion dans les affaires familiales. En effet, c'est souvent la rédaction du certificat qui est mis en cause lors de signalements controversés. (50)

#### **1.4. Connaissances des médecins généralistes à propos de la maltraitance infantile**

La moyenne globale du score atteint par les médecins est correcte, avec une réussite de 72,3 %, mais il n'existe pas de référentiel pour le comparer à d'autres études.

Certaines questions ont posé problème, particulièrement les questions liées aux facteurs de risque de maltraitance infantile.

##### **1.4.1. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile**

Les facteurs de risque les mieux identifiés par les médecins interrogés (taux de réponse correcte supérieure à 90 %) sont l'abus d'alcool ou drogues par les parents (98,9 %), les antécédents de maltraitance parentaux (95,7 %) ou dans la fratrie (100 %), les problèmes psychopathologiques des parents (95,7 %) et les troubles comportementaux de l'enfant (90,5 %).

Les facteurs de risque globalement bien identifiés (taux de réponses correctes entre 70 et 90 %) sont les carences affectives parentales (85,1 %), la grossesse non désirée (78,7 %) et le handicap intellectuel de l'enfant (78,7 %).

L'« apparence physique parentale peu conventionnelle » n'est pas considérée, à juste titre, comme un facteur de risque de maltraitance infantile par 83 % des médecins interrogés.

Les facteurs de risque relativement souvent identifiés (taux de réponses correctes entre 50 et 70 %) sont la grossesse peu ou pas suivie (68,1 %) et une situation familiale déstabilisée (64,9 %).

On ajoute que respectivement 46,8 % et 59,8 % des médecins ne considèrent pas, à juste titre, le « gros poids de naissance » et l'« absence de cours de préparation à l'accouchement » comme des facteurs de risque de maltraitance infantile.

Les facteurs de risque rarement identifiés (taux de réponses correctes inférieur à 30 %) sont l'âge inférieur à 2 ans (28,7 %), l'inoccupation parentale (21,3 %), la prématurité (12,8 %), et l'hospitalisation maternelle pendant la grossesse (11,7 %).

La thèse publiée en 2012 portant sur « la perception des facteurs de risque de maltraitance infantile par les médecins généralistes » retrouvait les mêmes facteurs de risque correctement identifiés par les médecins généralistes : le handicap physique ou intellectuel et les troubles du comportement de l'enfant, les carences affectives des parents, la pathologie psychiatrique parentale, l'abus de drogues et/ou d'alcool parental et les antécédents parentaux de maltraitance.

Les items pour lesquels les médecins avaient un avis partagé étaient le jeune âge de l'enfant et l'inoccupation parentale.

Cette thèse n'abordait pas les facteurs de risque liés à la grossesse et les médecins de cette étude considéraient le faible niveau d'éducation maternel et le statut socio-économique défavorisé comme des facteurs de risque. Dans notre étude nous avons choisi de ne mentionner ni le statut socio-économique défavorisé, ni l'âge maternel précoce qui sont controversés dans plusieurs travaux (22,27,28,58–60), puisque notre objectif est d'évaluer les connaissances de médecins généralistes.

Certains facteurs de risque apparaissent comme « évidents » aux médecins mais d'autres sont encore très peu connus. L'intérêt de mettre en évidence des facteurs de risque de maltraitance infantile afin de mieux repérer les situations d'enfant en danger a déjà été démontré. (58,61) Le repérage de ces facteurs de risque devrait également permettre d'aider à la prévention de la maltraitance infantile. Aux Pays-Bas, un test de dépistage, le *SPUTOVAMO-R*, est utilisé aux urgences pour aider au dépistage de la maltraitance infantile. (62) Il pourrait être pertinent de développer un outil de dépistage de maltraitance infantile à l'aide d'exploration des facteurs de risque de maltraitance.

#### **1.4.2. Connaissance des signes cliniques de la maltraitance infantile**

Les médecins ont globalement bien répondu à ces questions avec une réussite de 81,9 % pour la question portant sur les ecchymoses, 81,1 % pour celle portant sur l'approche de la consultation, 76,4 % pour celle portant sur les comportements de l'enfant révélateurs de maltraitance infantile et 71,3 % pour les signaux d'alerte divers.

Les items pour lesquels les médecins obtiennent les moins bons résultats sont détaillés ci-dessous :

*« Une brûlure avec des bords bien délimités peut faire évoquer une immersion forcée. »*

Seuls 41,5 % des médecins répondent correctement en étant d'accord avec cette affirmation. Pourtant les données de la littérature expliquent que la brûlure par contact avec de l'eau bouillante est la forme la plus fréquente de brûlure par maltraitance (80%) et que l'ébouillement est divisé en éclaboussures ou immersion forcée. (63) L'immersion forcée dans l'eau bouillante donne des lésions symétriques avec une limite nette. (13,64)

*« Les ecchymoses de grande taille doivent faire évoquer une maltraitance infantile. »*

57,4 % des médecins répondent correctement en étant d'accord avec cette affirmation.

Une revue de la littérature sur les signes cliniques de la maltraitance infantile concluait que les ecchymoses chez les enfants maltraités tendaient à être plus grandes. (14) Le choix de notre item était peut-être un peu fallacieux puisqu'il ne s'agissait que d'une tendance.

On note que les médecins interrogés ont présenté des difficultés à répondre correctement à différents items portant sur les signes cutanés des sévices à enfants. Ceci confirme donc qu'ils nécessitent des formations sur le repérage de la maltraitance infantile. De plus, différentes études témoignent du fait que les médecins sont eux-mêmes demandeurs de ce type de formation. (43,52)

*« Un enfant qui regarde plus de 3 heures la télévision par jour peut être un comportement révélateur de maltraitance infantile. »*

45,8 % des médecins répondent correctement en n'étant pas d'accord avec cette affirmation. 39,4 % des médecins répondent qu'ils ne savent pas si ce comportement peut être révélateur de maltraitance infantile. Seuls 14,9 % des médecins se trompent. Pour cette question piège, on peut considérer le fait de répondre « je ne sais pas » comme étant une alternative logique pour les médecins interrogés.

*« Je cherche à avoir un entretien seul à seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord. »*

60,6 % des médecins adoptent la bonne attitude en consultation en ayant cette démarche. Plus de la moitié des médecins savent qu'il est bénéfique de disposer d'un temps de consultation seul avec l'enfant. Notre questionnaire n'a pas permis de connaître la façon dont ils mènent l'entretien. Il est conseillé de débiter par des questions d'ordre général, relatives à l'école, aux conditions de vie à la maison, aux loisirs, aux relations avec la famille, les copains. Il est recommandé de laisser l'enfant s'exprimer spontanément en privilégiant les questions ouvertes et en lui montrant qu'on croit sa parole. (65) La consultation en médecine générale n'est probablement pas le lieu le plus adapté pour permettre d'établir une relation de confiance avec l'enfant, notamment à cause du manque de temps, mais il est important que le médecin sache s'adapter et puisse prendre le temps de le faire.

Les autres items abordés dans la question de l'approche de la consultation en cas de suspicion de maltraitance infantile montrent que les médecins interrogés connaissent globalement bien la conduite à tenir.

### **1.5. Fiche mémo publiée par la HAS en octobre 2014**

Avant notre étude, seuls 3 médecins avaient lu cette fiche mémo et 30 médecins connaissaient son existence.

Après la participation à notre étude 84 médecins projettent de la lire.

D'une part, on remarque le manque de diffusion de la fiche mémo publiée par la HAS, d'autre part on constate que les médecins portent un intérêt à cette fiche. S'ils projettent de la lire, c'est qu'ils sont sensibles à la question du repérage de la maltraitance infantile et qu'ils souhaitent s'informer. Le fait que 74 médecins interrogés souhaitent être informés des résultats de notre étude va également dans ce sens. Peut-être même, avons-nous participé à les sensibiliser à ce problème par le biais de ce questionnaire ?

### **1.6. Analyse du score statistique**

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative de score des médecins en fonction de leur âge, leur sexe, leur type de cabinet et du département d'exercice. Leur connaissance à propos de la maltraitance infantile est indépendante de ces critères.

Par contre, la moyenne du score est significativement plus élevée chez les médecins ruraux que chez les médecins urbains ( $p = 0,03$ ).

Dans la thèse portant sur « les connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007 », un score de connaissance a également été établi et a retrouvé une tendance à un score plus élevé chez les médecins exerçant en milieu rural par rapport à ceux exerçant en milieu urbain. (42) Deux études récentes retrouvent donc le même constat : les médecins ruraux obtiennent un meilleur score que les médecins urbains.

Le fait d'exercer en milieu rural influe probablement sur l'implication du médecin lors de la prise en charge de son patient. Il se sent peut-être plus impliqué car il est la personne référente pour la famille et il bénéficie de moins de relais qu'en ville. Par conséquent il est plus sensibilisé aux problèmes de la sphère sociale et il a tendance à s'informer plus spontanément sur ces thèmes par rapport aux médecins urbains.

## **2. Forces et faiblesses de l'étude**

### **2.1. Échantillon des médecins répondants**

Le taux de participation de médecins à des études méthodologiquement similaires à la nôtre est habituellement d'environ 25 %. Le taux de participation à notre étude a été de 27,7% ce qui témoigne d'une participation satisfaisante à notre enquête.

Selon le CNOM, en 2013, 1787 médecins généralistes exerçaient dans la région Poitou-Charentes avec une activité libérale ou mixte (salarisée et libérale). (66) Notre échantillon, – 94 médecins généralistes installés ou en collaboration dans la région Poitou-Charentes – n'est pas significativement représentatif de l'ensemble des médecins de la région sur le plan de la proportion de médecins par département ( $p = 0,00$ ).

La moyenne d'âge des médecins dans la Région Poitou-Charentes en 2013 était de 52 ans et 40 % était des femmes. (66) Notre échantillon de médecins est plus jeune (âge moyen de 45 ans) et plus féminin (50,5 %). Malheureusement nous n'avons pas pu obtenir de chiffres permettant de comparer le mode d'exercice et le type de cabinet.

Notre échantillon n'est pas significativement représentatif de l'ensemble des médecins de la région Poitou-Charentes, probablement à cause de son effectif trop petit, ce qui limite la portée de notre étude.

Pour obtenir un nombre suffisant d'adresses électroniques nous avons utilisé des listes de médecins enseignants (Cogems) et d'adhérents à la AFMC-Niort, ce qui a induit un biais de recrutement.

Les médecins enseignants sont globalement plus sollicités pour répondre aux études car leur adresse électronique est facilement accessible. Sont-ils plus sensibilisés au problème de la maltraitance infantile par rapport à la population générale de médecins généralistes ? Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les scores des médecins qui ont précisé qu'ils sont MSU par rapport aux scores des autres médecins ( $p = 0,15$ ). Toutefois, des médecins ont pu répondre au questionnaire sans préciser qu'ils sont MSU.

De même, on ne connaît pas la proportion des médecins adhérents à la AFMC-Niort qui ont répondu au questionnaire. Il aurait été intéressant de demander aux médecins s'ils participaient régulièrement à une FMC pour savoir si leur score était significativement plus élevé que ceux qui n'y étaient pas inscrits.

Les médecins ont participé de façon volontaire à notre questionnaire. On ne peut donc pas exclure un biais de sélection. Ceux qui ont choisi d'y répondre sont peut-être plus sensibles au problème de la maltraitance infantile et donc potentiellement mieux formés que l'ensemble des médecins généralistes de la région. Pourtant, seulement 3 médecins avaient lu la fiche mémo publiée par la HAS en octobre 2014 « Maltraitance à enfant : repérage et conduite à tenir » ce qui n'est pas en faveur d'une surreprésentation des médecins mieux formés parmi les médecins interrogés.

## **2.2. Questionnaire**

Notre étude est basée sur une enquête déclarative. Il existe probablement un biais déclaratif. Les médecins ont pu donner les réponses qu'ils ont pensé être attendues de leur part et non celles de leurs pratiques réelles. Cependant, le questionnaire étant anonyme, ils n'ont pas eu d'intérêt personnel à adapter leur réponse.

Nous avons établi des questions à choix multiples pour permettre aux médecins de répondre en un temps restreint au questionnaire et, de cette façon, nous espérions atteindre un effectif de médecins plus important. Ce type de questions nous a permis d'établir un score statistique pour évaluer les connaissances de médecins généralistes. En outre, dans la seconde partie du questionnaire portant sur l'expérience du médecin, ces questions « fermées » n'ont permis aux médecins ni de décrire précisément leur prise en charge, ni d'exprimer librement les freins qu'ils ressentent lors de ces situations complexes. Il en a résulté une perte d'information et de nuance. Un entretien semi-dirigé aurait permis d'affiner nos résultats.

### **2.3. Score statistique**

Nous avons établi un score qui nous a permis d'obtenir une vue d'ensemble des connaissances des médecins généralistes sur le repérage de la maltraitance infantile. Nous avons pu comparer les scores de différentes catégories de médecins pour savoir lesquelles obtiennent significativement un meilleur score. Cependant, nous n'avons pas de référentiel pour comparer le score général. Il serait intéressant de prévoir une nouvelle étude après formation pour confronter les résultats.

## **3. Propositions et perspectives**

### **3.1. Réaménager les formations proposées aux médecins généralistes**

Les médecins généralistes semblent connaître les grandes notions de repérage de la maltraitance infantile mais maîtrisent encore moyennement certains outils tels que le repérage des facteurs de risque de maltraitance infantile. Ils sous estiment l'importance de la périnatalité dans la prévention de la maltraitance infantile.

Lorsqu'ils suspectent un enfant en danger, les médecins généralistes hésitent dans leur prise en charge. Leur notion de l'information préoccupante semble encore trop floue. S'ils connaissent globalement bien la législation, ils ont encore peur des poursuites pour dénonciation calomnieuse.

La formation des médecins pourrait être divisée en deux axes; le premier centré sur le repérage des facteurs de risque de maltraitance infantile et l'importance de la périnatalité; le deuxième sur les conduites à tenir en cas de repérage d'un enfant en danger.

De plus c'est en favorisant les formations et le dialogue autour de la maltraitance que les freins psychologiques au signalement se lèveront.

### **3.2. Favoriser la coordination entre les acteurs de protection de l'enfance**

Les médecins généralistes n'ont pas de référent unique, à part le procureur de la République qui ne doit être sollicité qu'en cas de péril imminent. Le signalement administratif ne permet pas au médecin de s'adresser à un interlocuteur avec qui il a créé une relation de confiance. Il préfère adresser l'enfant en danger à la PMI ou à l'hôpital.

Pour améliorer la coordination entre les acteurs de protection de l'enfance lors du signalement administratif, il faudrait d'une part, mettre en place un interlocuteur référent avec qui le médecin pourrait communiquer et d'autre part favoriser un retour d'information après un signalement auprès du Conseil Général. (67)

### **3.3. Utilité d'un outil de dépistage de maltraitance infantile standardisé**

Des outils de dépistage existent dans d'autres pays, notamment dans les services d'urgences au Pays-Bas (62) et au Québec. (68) Ces outils présentent des limites : le premier se limite au dépistage de la maltraitance physique, le deuxième ne prend en compte que des enfants âgés de plus de quatre ans.

Il paraît compliqué de mettre en place un outil de dépistage standardisé pour tous les types de maltraitance mais peut-être que l'élaboration d'une grille de repérage des situations à risque pourrait se révéler bénéfique. Elle pourrait être utilisée facilement par les médecins lors d'une consultation. De nouvelles études pourraient étudier l'utilité d'une telle grille.

## CONCLUSION

Les médecins généralistes sont un des maillons essentiels pour améliorer le repérage et le signalement d'enfant en danger.

Notre étude a montré que la moyenne globale du score atteint par les médecins est correcte, avec une réussite de 72,3 %. S'ils connaissent les rudiments des déterminants qui doivent les interpeler, ils maîtrisent encore mal les facteurs de risque de maltraitance infantile, notamment l'impact de la périnatalité. Proposer des formations centrées sur ces thèmes permettrait aux médecins généralistes de mieux cerner les situations à risque de maltraitance. C'est aussi par ce biais qu'on pourrait améliorer la prévention de celle-ci.

Les principaux freins au signalement que les médecins citent sont la « peur de se tromper », le « manque de connaissance des procédures de signalement » et la « peur de stigmatiser la famille ». Ces difficultés paraissent en partie franchissables par une formation adaptée. Il faudrait également redonner confiance au médecin en la Justice et en son rôle de protection de l'enfant et pas uniquement de sanction de la famille.

Les médecins généralistes s'orientent facilement vers la PMI et l'hôpital lors de la prise en charge d'enfant en danger mais ils n'ont pas suffisamment recours aux autres professionnels de la protection de l'enfance, notamment en dehors du corps médical. Ils maîtrisent encore mal la notion d'information préoccupante introduite depuis la loi du 5 mars 2007 et signalent peu à la CRIP. En organisant des formations portant sur les modalités de rédaction d'une information préoccupante, en détaillant les professionnels ressources existants et en distribuant des plaquettes récapitulant leurs coordonnées, on améliorerait la coordination entre les CRIP et les médecins généralistes. Ceci permettrait sans doute d'augmenter le nombre de signalements rédigés par le corps médical.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 9 janv 2009;373(9657):68-81.
2. Tursz A., Gerbouin-Rérolle P. Recueil des données lors des examens de santé et activités de dépistage. Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle. Inserm Editions. 2009. 177-195 p.
3. Report of the consultation on child abuse prevention. Genève: World Health Organization; 1999 mars.
4. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, parue au JORF n°55 du 6 mars 2007.
5. L'observation de l'enfant en danger : Guide méthodologique. ODAS; 2001.
6. Collège de la Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. 2011 mai.
7. Stheneur C, Mignot C. Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence. *Arch Pédiatrie*. juin 2012;19(6, Supplément 1):H213-4.
8. Le site ressource sur la protection de l'enfance. <http://www.oned.gouv.fr/gip-enfance-en-danger>.
9. Avenard G, Dottori S, Padiou C. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. 2007.
10. Ministère de l'éducation national (DGESCO). Politique éducative sociale et de la santé en faveur des élèves. Quelques données chiffrées. Années 2011-2013. <http://eduscol.education.fr/>. 2015.
11. Tursz A. Les oubliés Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil; 2010. 23-24 p.
12. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 10 janv 2009;373(9658):167-80.
13. Collège de la Haute Autorité de santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. 2014 oct p. 32-5.
14. Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J*. 7 mars 2013;8(2):255-63.

15. Collège de la Haute Autorité de santé. Fiche Mémo. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 oct.
16. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. déc 2005;116(6):1565-8.
17. Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician*. 1 nov 1995;52(6):1829-34.
18. When to suspect child maltreatment | 1-recommendations | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. 2013 [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg89/chapter/1-recommendations>
19. Tursz A. Maltraitance à la petite enfance. *La Revue Du Praticien*. mai 2011;658-9.
20. Tursz A, Gerbouin-Rébolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Inserm / Lavoisier; 2008.
21. Jain A, Khoshnood B, Lee KS, Concato J. Injury related infant death: the impact of race and birth weight. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. juin 2001;7(2):135-40.
22. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *J Epidemiol Community Health*. avr 2006;60(4):337-40.
23. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl*. juill 2008;32(7):671-81.
24. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. sept 2005;116(3):609-13.
25. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl*. 1990;14(3):301-12.
26. Ammerman RT, Hersen M, van Hasselt VB, Lubetsky MJ, Sieck WR. Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: prevalence and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 1994;33(4):567-76.
27. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl*. févr 2011;35(2):96-104.
28. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med*. 22 oct 1998;339(17):1211-6.
29. Tursz A. Les oubliés Enfants maltraités en France et par la France. Seuil. Paris; 2010. 163 p.

30. Bellamy E, Gabel M, Padiou H. Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers. ODAS-SNATEM; 1999 avr.
31. Rapport de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée. Protection de l'Enfance. Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. ODAS; 2005.
32. Dubois de Bodinat L, Dugravier R. 6 - Maladie mentale et caregiving maternel. In: L'attachement : approche clinique. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 51-9.
33. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl.* janv 2002;26(1):11-22.
34. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* mars 1996;20(3):191-203.
35. Jaudes PK, Ekwo E, Van Voorhis J. Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse Negl.* sept 1995;19(9):1065-75.
36. Tursz A. Les oubliés Enfants maltraités en France et par la France. Seuil. Paris; 2010. 170-178 p.
37. Bader-Meunier B, Nouyrigat V. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. *EMC - Médecine.* août 2004;1(4):352-64.
38. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Fabert. 2011. 42 p.
39. Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. La protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante. Conseil National de l'Ordre; 2010 oct.
40. Raynal F, Allermoz E. Maltraitance des enfants: ouvrir l'oeil et intervenir. *Le bulletin de l'Ordre national des médecins.* janv 2015;17-22.
41. Fitoussi V. Maltraitance : signalement, mode d'emploi. [www.protection-enfance.org/maltraitance-\\_\\_signalement\\_mode\\_d\\_emploi.php](http://www.protection-enfance.org/maltraitance-__signalement_mode_d_emploi.php).
42. Amalia Arrieta. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête prospective en Ille-et-Vilaine. [Rennes 1]; 2013.
43. Hasna el Hanaoui-Atif. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
44. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Etats généraux de l'Enfance. Atelier 1 : « Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou en risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance ». 2010 mai p. 4-25.

45. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR, Kitzman H, et al. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):873-90.
46. Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child Cent Future Child David Lucile Packard Found.* Spring-Summer 1999;9(1):44-65, 190-1.
47. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. [Internet]. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
48. Bouffard B., GIRAUD J., ROBIN S., VAIL E. La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou-Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et PMI. ARS Poitou-Charentes.; 2012 avr p. 19-23. Report No.: 140.
49. Faure J-M. Le médecin face aux émotions. Le repérage d'un décalage émotionnel. Dans : Molénat F, rédacteur. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Prévention en maternité.* Erès. Toulouse; 2009. 113-124 p.
50. Protection de l'enfance : les devoirs des médecins. *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins Jurispratique.* avr 2013;(28):14-5.
51. Amalia Arrieta, Martine Balençon. Connaissance des médecins généralistes de la loi de protection de l'enfance. Enquête prospective descriptive en Ille-et-Vilaine. *Exercer.* 2015;(119):72-3.
52. Steenhouwer Jeu M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile : perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées. [Amiens]; 2012.
53. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med.* mai 2000;154(5):489-93.
54. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs.* nov 2006;56(3):227-36.
55. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann.* mai 2005;34(5):349-56.
56. Tursz A. Les oubliés Enfants maltraités en France et par la France. Seuil. Paris; 2010. 259-261 p.
57. Gignon M, Jeu-Steenhouwer M, Vaysse B, Manaouil C, Ganry O. Perception des facteurs de maltraitance infantile par les médecins généralistes pour repérer et prendre en charge. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* oct 2013;61, Supplément 4:S310.
58. Diquelou JY. [Risk factors for child abuse during the perinatal period. Preventive approach in the obstetric milieu. Role of a child abuse risk index]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1996;25(8):809-18.

59. Wu SS, Ma C-X, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl.* déc 2004;28(12):1253-64.
60. Tursz A, Gerbouin-Rébolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Inserm / Lavoisier; 2008.
61. Flaherty EG, Sege R, Mattson CL, Binns HJ. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc.* avr 2002;2(2):120-6.
62. Sittig JS, Uiterwaal CSPM, Moons KGM, Nieuwenhuis EES, van de Putte EM. Child abuse inventory at emergency rooms: chain-er rationale and design. *BMC Pediatr.* 2011;11:91.
63. Stratman E, Melski J. Scald abuse. *Arch Dermatol.* mars 2002;138(3):318-20.
64. Lasez-Duriez A., Léauté-Labrèze C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). mai 2009;(136):838-344.
65. Haute Autorité de Santé. Maltraitance des enfants. Y penser pour repérer, savoir agir pour protéger. *Questions / Réponses.* nov 2014;5.
66. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Poitou-Charentes Situation en 2013. *Ordre national des médecins Conseil National de l'Ordre;* 2013.
67. Etat des lieux de la mise en place des cellules de recueil, de traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Nouvelle estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure. ONED; 2008 déc p. 39-41. Report No.: 4ème.
68. Beaumier M. Contribution à un meilleur dépistage des enfants maltraités à l'aide de deux instruments de mesure : CAP et TDVP. [Mémoire de maîtrise en psychologie.]. Université du Québec à Trois-rivières; 1998.

# ANNEXE 1



## L'ENFANT EN DANGER

### FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

A adresser : à la CRIP (Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes)  
Direction Générale Adjointe des Solidarités, 39 rue de Beaulieu 86034 Poitiers Cedex  
Fax : 05 16 01 02 01 - [signalement-enfance@cg86.fr](mailto:signalement-enfance@cg86.fr)

En cas de danger grave qui implique la nécessité d'une protection et d'un éloignement du mineur de façon immédiate, la fiche doit être adressée au Parquet par fax au 05 49 50 23 40 puis transmettre une copie à la CRIP.

Les informations transmises sont celles qui ont pu être recueillies le plus objectivement possible. Dans tous les cas, il est indispensable d'identifier précisément le mineur concerné (nom, prénom, adresse).

#### ► INFORMATIONS RECUEILLIES PAR

Nom/Etablissement/Service : .....

Pour les personnels de l'Education Nationale : adresser systématiquement une copie à la conseillère technique de service social de la DSDEN [social.eleves86@ac-poitiers.fr](mailto:social.eleves86@ac-poitiers.fr)

Date du recueil : .. / .. / ..

Adresse : .....

Téléphone : .. .. .. courriel : .....

► **INFORMATIONS RELATIVES CONCERNANT LE(S) MINEUR(S) EN DANGER OU RISQUE DE DANGER**

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Lieu de naissance
			... / .. / ...	
Domicile de l'enfant :				

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Lieu de naissance
			... / .. / ...	
Domicile de l'enfant :				

► **CONDITION PARTICIPANT AU DANGER**

Nom	Prénom	Éducation défailante sans maltraitance évidente	Danger résultant du comportement de l'enfant lui-même	Péril immédiat (violences physiques, psychologiques, agressions sexuelles)	Négligences lourdes, absence de soins, de prise en compte des besoins vitaux de l'enfant

**Si le mineur est scolarisé**

Nom	Prénom	Nom de l'établissement	Classe suivie

**Fratrie non concernée par l'Information Préoccupante**

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Nom de l'établissement	Classe suivie
		.. / .. / ..			

		../.. / ..			
		../.. / ..			

► INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS DE L'ENFANT

MERE	PERE
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .. / .. / ..	Date de naissance : / .. / ...
Lieu de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone : : .....	Téléphone : : .....

Chez qui vit-il ? .....

Qui exerce l'autorité parentale (si connu) ? .....

Les parents ou autres détenteurs de l'autorité parentale ont-ils été avisés de la présente démarche ?

Oui       Non

En référence à l'article L 226-2-2 du CASF, le père, la mère ou toute personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont informés préalablement de la transmission d'une information préoccupante sauf si cela expose le mineur à un danger ou si cela pourrait compromettre des investigations futures d'ordre pénal.

**► INFORMATIONS RELATIVES À LA PERSONNE AYANT DECLARÉ LES FAITS**

A souhaité garder l’anonymat (exclusivement pour les particuliers)

**Si la personne ne souhaite pas garder l’anonymat :**

Identité déclarée                      Nom : .....                                              Prénom :.....

Adresse : .....

Tél : .....

Information(s) complémentaire(s) concernant la personne ayant déclaré son identité :

.....  
.....

**► DESCRIPTION DE LA SITUATION**

Récit des faits tels que décrits par l’enfant ou la personne qui contacte, description de l’enfant et de sa souffrance, comportement de l’enfant au cours de l’entretien, connaissance de la situation familiale...

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## ANNEXE 2

### **Questionnaire : Le repérage de la maltraitance infantile par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.**

#### Caractéristiques sociodémographiques du médecin généraliste.

1. **Quel est votre sexe ?**  
Féminin.  
Masculin.
  
2. **Quelle est votre année de naissance ?**  
.....
  
3. **Dans quel département exercez-vous ?**  
Charente.  
Charente-Maritime.  
Deux-Sèvres.  
Vienne.
  
4. **Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste ?**  
Moins de 5 ans  
Entre 5 et 10 ans  
Entre 10 et 20 ans  
Plus de 20 ans
  
5. **Quel est votre mode d'exercice ?**  
Rural  
Semi rural  
Urbain
  
6. **Dans quel type de cabinet exercez-vous ?**  
Cabinet seul  
En groupe de médecins  
En groupe pluri professionnel
  
7. **Si vous exercez en groupe pluri professionnel, un ou des psychologues font-ils partie du groupe ?**  
Oui.  
Non.
  
8. **Avez-vous une activité professionnelle complémentaire ?**  
Oui.  
Non.
  
9. **Si oui, de quelle activité professionnelle complémentaire s'agit-il ?**  
.....

## Généralités à propos de la maltraitance infantile.

**10. Avez-vous déjà suspecté un risque de maltraitance chez un enfant ?**

- Oui.
- Non.

**11. Avez-vous déjà suspecté un enfant d'être victime de maltraitance ?**

- Oui.
- Non.

**12. Si vous avez déjà dépisté un enfant "en danger" (= en risque de maltraitance ou maltraité) quelle a été votre prise en charge ? (Plusieurs réponses sont possibles.)**

Signalement judiciaire auprès du procureur de la République.

Rédaction d'une note d'information préoccupante adressée à la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes.)

Appel du numéro 119.

Hospitalisation de l'enfant.

Prise de contact avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Prise de contact avec l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance).

Prise de contact avec un confrère (pédiatre / psychiatre / médecin légiste / autre médecin généraliste).

Surveillance de la famille / fratrie et enfant.

Convocation de la famille au cabinet.

Prise de contact avec la médecine scolaire.

Pas de suites.

Autre : .....

**13. Si vous dépistez un « enfant en danger » (en risque de maltraitance ou maltraité), quels sont les facteurs qui peuvent constituer un frein pour rédiger un signalement ? (Plusieurs réponses sont possibles.)**

La peur de se tromper.

La peur de perdre des patients.

La peur de représailles.

La peur de stigmatiser la famille.

La peur d'être poursuivi pour dénonciation calomnieuse.

Un manque de connaissance des procédures de signalement.

Les procédures de signalement trop lourdes.

Une expérience personnelle négative de signalement.

Le sentiment que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de dénoncer.

Le sentiment d'isolement.

Le sentiment d'enfreindre le secret médical.

Autre : .....

**Les outils pour aider le repérage d'une maltraitance infantile.**

14. Les facteurs liés à la grossesse proposés ci-dessous correspondent-ils à des facteurs de risque de maltraitance infantile ?

	oui, il s'agit d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	non, il ne s'agit pas d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	je ne sais pas.
grossesse peu ou pas suivie.			
grossesse non désirée.			
absence de cours de préparation à l'accouchement.			
hospitalisation maternelle pendant la grossesse.			

15. Les facteurs liés à l'enfant proposés ci-dessous correspondent-ils à des facteurs de risque de maltraitance infantile ?

	oui, il s'agit d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	non, il ne s'agit pas d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	je ne sais pas.
antécédents de maltraitance infantile dans la fratrie.			
handicap intellectuel de l'enfant.			
troubles du comportement de l'enfant.			
gros poids de naissance (supérieur à 4,5 kg).			
prématurité (inférieure à 37 SA).			
âge de l'enfant inférieur à 2 ans.			

**16. Les facteurs liés aux parents proposés ci-dessous correspondent-ils à des facteurs de risque de maltraitance infantile ?**

	oui, il s'agit d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	non, il ne s'agit pas d'un facteur de risque de maltraitance infantile.	je ne sais pas.
problèmes psychopathologiques des parents.			
abus de drogues et/ou d'alcool parental.			
antécédents parentaux de maltraitance.			
situation familiale déstabilisée (absence d'un des deux parents, famille recomposée).			
apparence physique parentale (tatouages, dreadlocks).			
inoccupation parentale (chômage, retraite, invalidité).			
carences affectives (immaturité, difficultés à se distancier en tant que parents).			

**17. Quelles sont les ecchymoses décrites ci-dessous pour lesquelles vous évoquez de façon systématique une maltraitance infantile ?**

- Ecchymoses chez un enfant qui se déplace à 4 pattes.
- Ecchymoses sur les proéminences osseuses (genou, tibia, front).
- Ecchymose unique.
- Ecchymoses de grande taille.
- Ecchymoses de couleurs différentes.
- Ecchymose située dans le dos.

**18. Cochez les affirmations qui vous semblent justes.**

Un enfant ayant des fractures de côtes a une probabilité importante d'avoir été maltraité.  
Une brûlure avec des bords bien délimités peut faire évoquer une immersion forcée.  
Les infections urinaires récurrentes chez la fille pré pubère sont peu évocatrices d'une maltraitance sexuelle.  
Un enfant de moins de 3 ans qui présente une fracture humérale a une probabilité de 50% d'avoir été maltraité.

**19. A propos du syndrome du bébé secoué, cochez les affirmations qui vous semblent justes.**

Des vomissements inexplicables peuvent être le signe révélateur d'un secouement de nourrisson.  
Dans la majorité des cas, le secouement entraîne immédiatement des symptômes.  
L'hospitalisation n'est pas requise dans la plupart des cas de suspicion de secouement de nourrisson.  
Si vous remarquez un changement de couloir du périmètre crânien d'un nourrisson vous suspectez un secouement.  
La réalisation d'un fond d'œil est rarement nécessaire pour aider à poser le diagnostic de secouement de nourrisson.

**20. Quels comportements d'enfant décrits ci-dessous peuvent être révélateurs d'une maltraitance infantile ?**

	Oui, ce comportement peut être révélateur d'une maltraitance infantile.	Non, ce comportement ne peut pas être révélateur d'une maltraitance infantile.	je ne sais pas.
modification du comportement habituel dans tous ses lieux de vie pour laquelle il n'existe pas d'explication claire.			
troubles alimentaires.			
enfant qui regarde plus de 3 heures par jour la télévision.			
cauchemars récurrents.			
enfants agressifs.			
comportements d'hypersexualisation précoces.			

**21. Lorsque vous suspectez une maltraitance infantile en consultation comment poursuivez-vous la consultation? (Plusieurs réponses sont possibles.)**

Je réalise un examen clinique complet de l'enfant sans le déshabiller.

J'évalue le développement psychomoteur de l'enfant.

Je pose des questions fermées pour obtenir des réponses claires.

Je ne fais rien car l'accompagnateur est potentiellement l'auteur présumé.

Je cherche à préciser l'environnement familial dans lequel évolue l'enfant.

Je cherche à avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord.

Je note mes impressions dans le carnet de santé de l'enfant.

**Législation autour du signalement.**

**22. Lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur de 15 ans, auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.**

Vrai.

Faux.

**23. Tout médecin qui porte à la connaissance du procureur de la République, avec accord de la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession, est susceptible d'encourir une peine si la victime porte plainte.**

Vrai.

Faux.

**24. Lorsque la victime est mineure, l'accord de l'enfant ou d'un représentant légal est nécessaire pour rédiger un signalement.**

Vrai.

Faux.

**Actualités : maltraitance infantile : repérage et conduite à tenir.**

**25. Savez-vous que la HAS (Haute Autorité de Santé) a publié en octobre 2014 une fiche mémo : « Maltraitance à enfant : repérage et conduite à tenir » ?**

Oui, je l'ai lu.

Oui, mais je ne suis pas certain de prendre le temps de la lire.

Oui, elle fait partie des lectures que je compte avoir.

Non, je n'étais pas au courant mais après avoir participé à ce questionnaire je compte la lire.

Non et je ne compte pas la lire.

**Voici le lien de la HAS vers cette fiche mémo :**

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir)

**26. Souhaitez-vous être informé des résultats de l'étude ?**

Oui.

Non.

**27. Si vous le souhaitez vous pouvez inscrire votre mail : .....**

## RÉSUMÉ

**Introduction** : en France, en 2006, 98 000 signalements d'enfants en danger ont été recensés. Seuls 2 à 5 % des signalements proviennent du corps médical alors que le rôle du médecin est de repérer les situations à risque et les cas de maltraitance infantile.

**Objectifs** : l'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes sur le thème du repérage de la maltraitance infantile. L'objectif secondaire est de rechercher les freins qui s'opposent au signalement d'un enfant maltraité ou en risque de l'être.

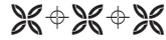
**Matériel et méthodes** : il s'agit d'une étude observationnelle, menée du 26 février au 12 avril 2015. 94 médecins généralistes exerçant dans le Poitou-Charentes, ont participé à notre étude en répondant à un questionnaire. Celui-ci comprend 26 questions afin de connaître le statut sociodémographique des médecins, leurs connaissances sur le thème de la maltraitance infantile – facteurs de risque, signaux d'appel et législation –, leur prise en charge en cas de repérage d'un enfant en danger et les freins qu'ils peuvent rencontrer.

**Résultats** : 77,66 % des médecins interrogés ont déjà repéré un enfant en risque, 67,12 % n'ont jamais rédigé de signalement judiciaire ni administratif. La moyenne globale du score atteint par les médecins est correcte, avec une réussite de 72,3 %. Certains facteurs de risque ont été insuffisamment identifiés par les médecins (taux de réponse correcte inférieur à 30 %) : l'âge inférieur à 2 ans, la prématurité, l'inoccupation parentale et l'hospitalisation maternelle pendant la grossesse. 80,22 % des médecins citent la « peur de se tromper », comme étant un frein au signalement, 43,96 % citent le « manque de connaissance des procédures de signalement » et la « peur de stigmatiser la famille ».

**Conclusion** : proposer des formations centrées sur les facteurs de risque de maltraitance infantile, la périnatalité et l'information préoccupante, développer une collaboration plus efficace entre les différents acteurs de la protection de l'enfance sont des pistes pour améliorer le repérage d'enfants en danger et leur signalement par les médecins généralistes.

**Mots clés** : maltraitance infantile, médecine générale, repérage, signalement

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

