

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD
CHARLES MERIEUX**

Année 2017

N°256

**DÉPISTAGE DES MALTRAITANCES INFANTILES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
LES FREINS AU DÉPISTAGE, LES AIDES POSSIBLES**

**ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS AUPRÈS DE
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN DRÔME-ARDÈCHE**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard - Lyon 1
et soutenue publiquement le 17 octobre 2017
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

RENZI Camille

Né le 23 janvier 1986 à Clermont-Ferrand (63)

Auteur : RENZI Camille	
Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : Les freins au dépistage, les aides possibles. Étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche	
140 pages 6 figures 3 tableaux	Th. Méd. : Lyon 2017 n°256
Résumé : <u>Introduction</u> Les maltraitances infantiles sont une problématique difficile par nature cachée et tue. On estime pourtant leur prévalence annuelle à 10%. Les médecins ont une place dans le dépistage des enfants en dangers, mais on en recense seulement 2% à l'origine des signalements. Cependant, les statistiques ne peuvent résumer leurs actions. <u>Matériel et Méthode</u> Nous avons interrogé 13 généralistes en Drôme-Ardèche par entretiens compréhensifs de 13 à 40 minutes pour connaître leur vision du repérage des maltraitances infantiles, ainsi que leurs freins et leurs facteurs facilitants. <u>Résultats</u> Les médecins interrogés apportent de nombreuses réponses (prévention, suivi, étayage, adressage inter-professionnel...) mais se sentent souvent en difficulté pour engager des procédures. Les généralistes méconnaissent les avancées récentes concernant la protection de l'enfance : information préoccupante, CRIP, protection législative totale du médecin. Ils se sentent distants des services sociaux. La crainte judiciaire est très présente et ils attendent des “suspensions certaines” alors qu'ils réprouvent à devenir enquêteur. Leur vision est surtout focalisée sur la maltraitance physique. On note également des freins psychologiques : peur des parents ou tendance à s'identifier, vision idéalisée de la famille, déni qui s'exprime par un refus de nommer la maltraitance, des discordances, une minimisation ou une banalisation. <u>Conclusion</u> Une vision globale de la problématique, la connaissance des structures, le dialogue avec les services sociaux et le travail sur les freins psychologiques viendront en aide aux médecins généralistes. Leur position leur donne de nombreux atouts pour agir en prévention, accompagner les familles et faire avancer les consciences sur le sujet.	
Mots clés : Maltraitance des enfants, Signalement, Information préoccupante, Entretien compréhensif, Recherche qualitative	
Jury : -Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS -Membres : Monsieur le Professeur Pierre COCHAT Monsieur le Professeur Daniel FLORET Monsieur le Docteur Thierry FARGE	
Date de la soutenance : 17 octobre 2017	
Adresse de l'auteur : camille.renzi@gmail.com	

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directeur : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillesse
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénéréologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie

LONG Anne
 LUAUTE Jacques
 MAGAUD Jean-Pierre
 PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 POUTEIL-NOBLE Claire
 PRACROS J. Pierre
 RIOUFFOL Gilles
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 RUFFION Alain
 SANLAVILLE Damien
 SAURIN Jean-Christophe
 SEVE Pascal
 TEBIB Jacques
 THOBOIS Stéphane
 TRILLET-LENOIR Véronique
 TRONC François

Médecine vasculaire
 Médecine physique et Réadaptation
 Hémato ;transfusion
 Parasitologie et Mycologie
 Pédiatrie
 Néphrologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Cardiologie
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Urologie
 Génétique
 Hépatogastroentérologie
 Médecine Interne, Gériatrique
 Rhumatologie
 Neurologie
 Cancérologie ; Radiothérapie
 Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
 BARREY Cédric
 BOHE Julien
 BOULETTEAU Pierre
 BREVET-QUINZIN Marie
 CHAPET Olivier
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DALLE Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCO Patricia
 GHESQUIERES Hervé
 GILLET Pierre-Germain
 HAUMONT Thierry
 KASSAI KOUPI Berhouz
 LASSET Christine
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 POULET Emmanuel
 REIX Philippe
 SALLE Bruno

 SERVIEN Elvire
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung

Anesthésie-Réanimation Urgence
 Neurochirurgie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Cancérologie, radiothérapie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Dermatologie
 Pneumologie
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire,
 Physiologie
 Hématologie
 Biologie Cell.
 Chirurgie Infantile
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Epidémiologie., éco. santé
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Psychiatrie Adultes
 Pédiatrie
 Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
 Chirurgie Orthopédique
 Thérapeutique
 Physiologie

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
WALLON Martine
WALTER Thomas

Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BRUNEL SCHOLTES Caroline
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Pédiatrie
Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactério-viro
SUBTIL Fabien	Biostats
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

COMPOSITION DU JURY :

Monsieur le Professeur : Jean-Pierre DUBOIS, UFR Lyon Sud, Président du jury

Monsieur le Professeur : Pierre COCHAT, UFR Lyon Est

Monsieur le Professeur : Daniel FLORET, UFR Lyon Est

Monsieur le Docteur : Thierry FARGE, UFR Lyon Est, Directeur de thèse

REMERCIEMENTS :

Au Président du jury :

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury et de juger mon travail.
Merci pour les remarques dont vous m'avez fait part au cours de nos entrevues.
Je vous prie de croire en ma plus grande reconnaissance et mon profond respect.

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Pierre COCHAT,

Merci de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse et de partager votre expertise de pédiatre. Merci également de l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants en médecine.
Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Daniel FLORET,

Je suis honoré que vous participiez à ce jury de thèse. Vous qui avez côtoyé les urgences pédiatriques, merci d'apporter à ce travail votre regard expert.
Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance et tout mon respect.

À mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Thierry FARGE,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et des conseils que vous m'avez apporté. Merci de votre implication dans la formation des internes en médecin générale.
Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance et mon profond respect.

Aux 13 médecins interrogés pour cette thèse

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail, de m'avoir accordé votre temps et de m'avoir livré vos témoignages si précieux. Vous m'avez accueilli avec sincérité et bienveillance, j'espère avoir traité vos propos avec le même respect.

Une pensée également pour les enfants anonymes qui sont le sujet de cette thèse.

À tous les médecins, internes et équipes soignantes rencontrées lors de mon parcours,
Merci pour tous ces moments de partage et de rencontre. Vous avez contribué au médecin que je suis devenu.

À ma maman, merci de ton amour et de ton soutien durant toutes ces années, c'est sans doute toi qui m'a donné le goût pour la médecine

À ma sœur Aurélia, on a grandi ensemble, tu comptes énormément pour moi, j'ai hâte qu'on fête ton anniversaire en famille,

À ma sœur Agathe avec qui je partage la passion de la photo, et à Valentin, avec qui je partage un peu moins la passion des piments, il nous tarde de venir découvrir vos plantations,

À mon frère Victor, je suis content que tu te sois rapproché de nous, pour ta relecture précieuse, et ta bonne humeur, à Romain aussi pour ses pas de danse,

À mes grands-parents, Assunta et Americo, j'ai passé tant de bons moments chez vous, merci de m'avoir transmis vos racines,

À mon père, qui m'a sans doute transmis son goût pour l'écriture, on célébrera cet événement à la Chaille avec Nicole,

À mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines Léa, Benjamin, Thibaut, Hugo, Pauline et Julia,

À mes amis clermontois ou presque,

Mathieu, Julie et Gaspard, merci de cette longue amitié, de la confiance que vous me faites et de votre petite merveille, Rémi et Déphine, on a réussi les soirées à l'internat avant l'ECN ! Xavier et Caro, maintenant on va pouvoir profiter, enfin si Xavier ne perd pas sa thèse sur un rond-point, Clément et Lisa, pour ces matinées brocante et bricolage de tourne-disque, on espère venir découvrir le Luberon bientôt, à Romain et Anne-So, merci de votre accueil créole, Romain il nous reste une étape à faire pour être finis de la GTMC, à Etienne grâce à qui je ne vois plus le Petit Larousse de la même façon et Mihaela, merci de m'avoir confié LE Bergeret, M. Barriol et Elodie, on reviendra vous embêter sous peu et on découvrira les coins à champignons, Mehdi pour son sens des responsabilités, sauf lorsqu'il m'a laissé sa BMW, à Bout' et Moisset, dans des styles différents, et au Grand Seb, sans rancune,

À mes amis du reste du monde,

Les Grucci, Pauline tu as été ma meilleure coloc', je te dois tout, de la rédaction d'une thèse à la cuisson des bugnes, à Cyril, j'ai oublié de ne pas te citer, merci pour les fous-rires dans la rédaction de thèse, et pour ta générosité et à Milo, votre petit ange,

À Clem, ça fait longtemps déjà, Bourg, Romans... on en a eu des souvenirs, merci de ta bienveillance, tu seras toujours la bienvenue chez nous,

À Mélie, Yoyo et le petit Arthur, même si le vélo électrique c'est un peu tricher, on va s'en faire des sorties, et si tout le monde porte un casque et des combinaisons anti-feu tout se passera bien pour les barbecues,

À Céline et Jojo, et Yéyé, si si on a fait des trucs sérieux,

À Mimi et Ruru et leur élevage d'animaux en tout genre,

À Pierre et Charlotte pour leur accueil toujours plus chaleureux, je viendrai bien bricoler sous peu,

À Coralie, merci pour ta gentillesse et ton intérêt au sujet,

À Stéphanie, merci pour tes bons tuyaux sur la thèse,

À Aurore, toi qui peut rétrécir et voyager dans le temps, mon amour, merci d'être là,

À tous ceux que j'ai oublié

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	19
I. INTRODUCTION.....	20
A) Histoire des maltraitances à enfants.....	20
1. De l'Antiquité au Siècle des Lumières (1).....	20
2. Premiers travaux sur les maltraitances.....	21
a) Ambroise Tardieu (1818 - 1879).....	21
Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants (3).....	21
Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs (4).....	22
Étude médico-légale sur l'infanticide (5).....	23
Étude médico-légale sur les blessures (6).....	23
b) Les Successeurs.....	24
3. Une période de Dénigement.....	25
a) Méfiance des Médecins Légistes.....	25
b) Remise en cause de la parole de l'enfant.....	26
c) Freud, et son revirement sur la théorie de la séduction (16).....	26
d) Théorie de la Mythomanie Infantile.....	28
4. “Re-découverte“ des Maltraitances (25).....	30
B) Définition(s) de la Maltraitance.....	32
1. Définition française.....	32
2. Définition de l'OMS (38).....	32
3. Définition de l'étude publiée dans le Lancet en 2009 (39)	32
C) Épidémiologie.....	33
1. Recensement.....	33
2. Les différents types de maltraitance.....	34
a) Maltraitance physique :.....	34
b) Maltraitance sexuelle :.....	34
c) Maltraitance psychologique.....	35
d) Maltraitance associée aux violences intra-familiales (nouvelle formulation des violences conjugales).....	35
e) Négligence.....	35

f) A part : les châtiments corporels.....	36
3. Mortalité de la maltraitance.....	37
Un déficit de recensement.....	38
4. Conséquences à l'âge adulte de la maltraitance.....	39
D) Les statistiques du dépistage des maltraitements en France.....	40
E) Problématique de notre étude.....	41
II. MATERIEL ET METHODE.....	42
A) Choix de la méthode d'enquête.....	42
B) Échantillonnage.....	43
C) Recueil des données.....	44
D) Analyse des données.....	44
III. RESULTATS.....	45
A) Résultats généraux quant à l'expérience des médecins.....	45
B) Freins au dépistage des maltraitements infantiles évoqués par les médecins généralistes.....	45
1. Freins liés au comportement des patients et à leur relation au médecin.....	47
a) Comportement opposant des patients	47
b) Un silence familial.....	48
c) Des conflits intra-familiaux qui sont un facteur de confusion.....	48
2. Freins liés au manque d'expérience ou d'expertise du médecin.....	49
a) La méconnaissance des procédures.....	49
b) Manque de formation du médecin généraliste, notamment pratique.....	49
c) Le médecin pense que le patient est déjà suivi ailleurs.....	50
d) Difficulté à caractériser la maltraitance infantile.....	50
3. Freins liés à l'image que se fait le médecin de la maltraitance.....	51
a) La vision manichéenne, exceptionnelle de la maltraitance.....	51
b) La maltraitance se gèrerait d'une manière éminemment particulière.....	52
c) La maltraitance serait seulement réservée à une certaine population.....	52
4. Freins liés au manque de moyens perçu par les médecins généralistes.....	53
a) Le sentiment de solitude du médecin généraliste.....	53
b) Le médecin généraliste ne trouve pas de relais.....	53
c) Une nécessité de temps ou un manque de temps.....	54
5. Freins conduisant à arrêter les procédures / baisser les bras.....	55
a) Une absence de danger immédiat.....	55
b) Le doute qui bénéficie aux parents.....	55

c) Un mauvais a priori sur les services sociaux.....	55
d) Une absence de retour sur les prises en charge.....	55
e) Un sentiment d'impuissance.....	55
6. Peurs, craintes et gênes témoignées par le médecin généralistes.....	56
a) Difficulté d'interrogatoire et peur d'être « intrusif », « invasif », « suspicieux », « agressif ».....	56
b) Peur ou crainte vis-à-vis des parents.....	57
c) Le médecin n'arrive pas à comprendre la psychologie des parents maltraitants.....	57
d) Peur que la révélation de la maltraitance soit un désastre.....	57
e) Peur de mettre en cause la famille.....	58
f) Gêne d'être seul avec l'enfant.....	58
g) Gêne à aborder la sexualité.....	58
h) La crainte de perdre de vue la famille.....	59
i) C'est une prise de risque.....	60
j) La peur de se tromper, l'image marquante des erreurs judiciaires.....	60
k) La crainte de poursuites judiciaires.....	60
7. Les freins psychologiques témoignés par les médecins généralistes.....	61
a) Les propres interrogations des médecins sur le fait de ne pas voir.....	61
b) Les interrogations rétrospectives sur certains cas.....	62
c) La peur de voir trop de maltraitance.....	63
d) La paralysie d'évoquer le mot de « maltraitance », ou même d'« inquiétude ».....	63
e) Un tabou.....	64
f) Le Dénier.....	64
g) Minimisation, banalisation.....	66
h) Identification ou attribution de circonstances atténuantes au(x) parent(s).....	66
C) Les réponses apportées par les médecins généralistes	67
1. Explorer la situation.....	68
a) À l'aide d'un interrogatoire plus poussé.....	68
b) La recherche de difficultés dans la famille.....	68
c) L'examen clinique.....	68
d) La discussion avec l'enfant.....	69
e) Informer de son inquiétude, de ses doutes.....	69
f) Reconnaissance du mal-être du patient.....	69
2. Le médecin agit seul avec la famille ou l'enfant.....	69

a) Le médecin parle à l'enfant.....	69
b) Le médecin tente d'éduquer les parents.....	70
c) Le médecin implique les patients.....	70
d) Le médecin tente d'aider et “d'étayer“ la famille.....	70
e) Le médecin explique la démarche aux parents.....	71
f) Le médecin prévoit un suivi plus attentif de la famille.....	71
3. Le médecin passe la main ou demande un avis.....	71
a) Un confrère du cabinet.....	71
b) Des confrères pédiatres	72
c) Au milieu psychiatrique.....	72
d) Aux urgences.....	72
e) En service de pédiatrie	73
f) Auprès des services judiciaires.....	73
g) Appel au Conseil de l'Ordre.....	73
h) Vers l'infirmière scolaire.....	73
i) Auprès de la PMI.....	73
j) Auprès des services sociaux.....	74
4. Des médecins ont lancé des procédures :	74
a) Un signalement.....	74
b) Une information préoccupante.....	74
5. Un médecin souligne que le médecin généraliste a avant-tout un rôle de coordination.....	75
6. Dans certains cas le médecin ne trouve pas de réponse immédiate.....	75
a) Parfois le médecin temporise.....	75
b) Le médecin ne sait pas quoi faire, même s'il est inquiet.....	76
D) Les éléments facilitant le dépistage par les médecins généralistes.....	77
1. Dans la vision du médecin généraliste.....	78
a) La maltraitance fait partie de la réalité quotidienne.....	78
b) Vision globale, au sens large des maltraitances.....	78
c) Absence de gêne à évoquer le sujet.....	79
d) Une volonté d'agir, même dans le doute.....	79
e) Un apport de l'expérience.....	79
f) Un sens clinique, un « feeling » apporté par la pratique.....	80
2. Stratégies mises en place par les médecins généralistes.....	81
a) Avoir un algorithme de réponse.....	81

b) Utiliser des moyens détournés.....	81
c) Un suivi plus rapproché.....	82
d) Séparer les interlocuteurs.....	82
e) La connaissance du réseau facilite beaucoup la prise en charge.....	82
f) La prise de décision partagée.....	83
3. S'appuyer sur les avantages de la position particulière du généraliste.....	83
a) Il connaît la famille dans son ensemble avec son contexte socio-économique.....	83
b) Il a une relation de confiance avec la famille.....	84
c) Il peut instaurer une relation de proximité avec l'enfant.....	84
d) Il a un rôle de confident, il connaît des choses de l'intime.....	85
4. La perception des patients en risque et les actes de prévention possibles.....	85
a) Possibilité d'effectuer des consultations de prévention.....	85
b) Faire de l'éducation, discuter avec les patients.....	86
c) Il arrive parfois à repérer les situations de détresse parentale ou de mauvaise construction du lien mère-enfant.....	86
d) Des situations où les enfants apparaissent comme difficiles à gérer.....	86
e) Des situations de conflits parentaux.....	87
IV. Discussion.....	88
A) Forces et limites de cette étude.....	88
B) Idées fortes.....	89
C) Les freins.....	91
a) Les craintes judiciaires et la peur du conflit avec les familles.....	91
b) Les méconnaissances de l'information préoccupante (IP) et de la CRIP.....	93
c) La crainte de perte de vue.....	94
d) Le manque d'interlocuteurs.....	94
e) La gêne de prendre une position d'enquêteur contrastant avec l'attente de la certitude des médecins.....	95
f) Distance avec les services sociaux et la PMI.....	97
g) Le Dénî.....	98
h) La vision de la famille.....	101
i) Un déficit de formation.....	102
j) Méconnaissance de certains facteurs de risque.....	103
D) Éléments facilitant le dépistage.....	103
V. Conclusion.....	106

<u>VI. Bibliographie.....</u>	<u>108</u>
<u>VII. Annexes.....</u>	<u>114</u>
<u>A) Annexe 1 : Grille d'entretien.....</u>	<u>114</u>
<u>B) Annexe 2 : Coordonnées de la Protection de l'Enfance de la Drôme.....</u>	<u>115</u>
<u>C) Annexe 3 : Coordonnées de la Protection de l'Enfance de l'Ardèche.....</u>	<u>116</u>
<u>D) Annexe 4 : Fiche-type de recueil d'une information préoccupante.....</u>	<u>117</u>
<u>E) Annexe 5 : HAS – fiche mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir....</u>	<u>119</u>
<u>F) Annexe 6 : Verbatims des Entretiens (support CD-ROM).....</u>	<u>119</u>

ABRÉVIATIONS

CépiDC-Inserm : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Institut national de la recherche médicale

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

ODAS : Observatoire De l'Action Sociale décentralisée

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée

I. INTRODUCTION

A) HISTOIRE DES MALTRAITANCES À ENFANTS

1. De l'Antiquité au Siècle des Lumières (1)

L'histoire nous montre que violences et négligences à enfant ont toujours existé, depuis des siècles. Les paléo-pathologistes ont établi récemment la preuve qu'un enfant de 2 ans et demi, découvert en ancienne Égypte, dont le squelette révélait des fractures d'âges différents et des signes de carences, était déjà victime de “violences non accidentelles” autour de 250 av. J-C. (2)

Dans l'antique Sparte, les enfants fragiles ou handicapés étaient jetés dans le ravin du Taygète. A Rome, les enfants étaient placés sous la toute puissance du *pater familias* qui avait droit de vie ou de mort sur eux.

Au Moyen-Âge, l'oppression des serfs par le régime féodal a pu mener à l'abandon ou aux infanticides, notamment de fillettes, alors considérées comme des bouches inutiles à nourrir.

Au XVe siècle, on estime que 65% des enfants décédaient avant l'âge de 5 ans. Parmi cette très forte mortalité infantile on imagine que la considération de la maltraitance passe au second plan. Mais, à partir de 1639, Saint Vincent de Paul s'attacha à limiter les infanticides et à améliorer la survie des enfants orphelins et abandonnés en ouvrant l'Hôpital des Enfants Trouvés à Paris où se trouvaient des cylindres en bois dans lesquels les femmes pouvaient déposer anonymement leurs enfants.

Cependant au XVIIe siècle le système pénal ne faisait pas de distinction entre adultes et enfants. Ces derniers pouvaient tout aussi bien être emprisonnés, envoyés aux galères ou exécutés en place publique.

C'est à partir du XVIIIe siècle que la conception de l'enfance et de l'innocence fondamentale va apparaître, comme le traduit la théorie de Rousseau. Grâce à la baisse de la mortalité infantile et avec le concours d'un courant moralisateur porté par l'Eglise et l'Etat, la famille se nucléarise et l'idée d'un enfant considéré comme richesse de la famille et avenir de la société commence à apparaître.

Il n'empêche qu'au XIXe siècle, la Révolution Industrielle perpétuera l'exploitation des enfants au travail, comme en témoigne les romans de Charles Dickens (1812-1870).

2. Premiers travaux sur les maltraitements

a) Ambroise Tardieu (1818 - 1879)

C'est en France, et plus particulièrement dans les services de médecine légale, que les premiers travaux sur les mauvais traitements vont être menés. Ambroise Tardieu, doyen de la faculté de médecine de Paris va publier notamment quatre textes majeurs :

Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants (3)

Paru en 1860, ce texte restera dans l'histoire comme le premier article médical rédigé sur le sujet. Il apparaît néanmoins encore aujourd'hui frappant de modernité.

Ce sont les premières descriptions cliniques du syndrome de l'enfant battu, appelé depuis par certains, dont les anglo-saxons, *syndrome d'Ambroise Tardieu*. Le texte commence comme suit :

« Parmi les faits si nombreux et de nature si diverse dont se compose l'histoire médicolégale des coups et blessures, il en est qui forment un groupe tout à fait à part, et qui, laissés jusqu'ici dans l'ombre la plus complète, méritent à plus d'un titre d'être mis en lumière. Je veux parler de ces faits qualifiés sévices et mauvais traitements, et dont les enfants sont plus particulièrement victimes de la part de leurs parents, de leurs maîtres, de ceux en un mot qui exercent sur eux une autorité plus ou moins directe.

[...] que leurs bourreaux soient le plus souvent ceux-mêmes qui leur ont donné jour, il y a là un des plus effrayants problèmes qui puissent agiter l'âme d'un moraliste et la conscience d'un juge »

Ensuite, il rapporte déjà toutes les caractéristiques des traces que les violences laissent sur le corps :

- [...] surtout remarquables par leur multiplicité.
- [...] disséminées sur toute la surface du corps.
- [...] dont la coloration variée atteste la succession des coups [...].
- [...] elles offrent ce caractère de ne pas occuper de préférence les points les plus saillants sur lesquels portent presque exclusivement les chutes.
- Leur forme est souvent significative et reproduit visiblement l'empreinte [...].

Il décrit également sur des autopsies les hématomes sous-duraux caractéristiques :

« il arrive aussi que l'on trouve, surtout chez les très jeunes enfants ainsi soumis à des sévices graves, des altérations du côté de l'encéphale. J'ai noté des épanchements de sang à la surface du cerveau manifestement déterminés par les coups portés sur la tête et sur tout le corps. »

Il distingue par ailleurs une autre catégorie de mauvais traitements : *les privations et le défaut de soins.*

Enfin, il termine par cette conclusion :

« Je n'aurais plus rien à ajouter, si je ne croyais utile de prémunir les médecins [...] contre les erreurs dans lesquelles pourraient les entraîner les moyens d'excuses habituellement allégués par ceux [...] sur qui pèse une accusation criminelle de cette nature.

Ils ne manquent pas tout d'abord d'attribuer les contusions qui ont été constatées sur le corps à des chutes que l'enfant aurait faites en jouant, à des chocs accidentels. J'ai déjà fait remarquer que la distinction était facile, si l'on voulait bien s'attacher surtout à la multiplicité [...] et, d'une autre part, au siège des principales contusions [...] provenant des mauvais traitements.

Les parents cruels qui martyrisent leurs enfants ne craignent pas non plus d'invoquer souvent le droit de correction paternelle [...] contre lequel proteste la disproportion de la faute et du châtiment.

Autant vaudrait invoquer la folie, que, pour ma part, je déclare n'avoir jamais rencontrée chez les auteurs de ces inexcusables violences. »

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs (4)

Déjà en 1857, Ambroise Tardieu publiait sous le terme d'attentats aux mœurs une étude regroupant les actes d'exhibition, de tentative de viol et de viol.

L'ouvrage présente l'analyse de 632 cas d'abus sexuels sur des victimes du sexe féminin, pour la plupart mineures.

Il rapporte que le nombre d'enfants pré-pubères victimes d'abus sexuels est en augmentation et il note également que ce sujet a été complètement négligé par les précédents auteurs.

Il insiste sur le fait que, dans de nombreux cas, même si l'abus est reconnu, l'examen physique de la victime peut-être totalement normal. Il rapporte toutefois des cas de maladies vénériennes ou de taches de sperme sur les habits.

Il note dans ses observations :

« Ce qui est plus triste encore, c'est de voir que les liens du sang, loin d'opposer une barrière à ces coupables entraînements, ne servent trop souvent qu'à les favoriser. Des pères abusent de leurs filles, des frères de leurs sœurs. »

Tardieu dénonçait le mythe répandu à l'époque selon lequel avoir des rapports sexuels avec des jeunes filles aidait à la guérison des maladies vénériennes. Par ailleurs, il notait déjà que les viols pouvaient conduire à des atteintes nerveuses et somatiques et avaient mené certaines victimes à l'hystérie voire au suicide.

Néanmoins, il incite ses collègues à distinguer, par la recherche de preuves, la simulation de la véritable agression :

« rien n'est plus commun que de voir, surtout dans les grandes villes, des plaintes en attentat à la pudeur, uniquement dictées par des calculs intéressés et de coupables spéculations ».

Étude médico-légale sur l'infanticide (5)

Ambroise Tardieu publia cette étude en 1868. Il relevait 726 meurtres de nouveaux-nés identifiés à Paris entre 1837 et 1866. Il a étudié 555 de ces infanticides. La personne accusée était la mère dans 91% des cas, et la cause principale de la mort était pour 51% la suffocation.

Les marques laissées par les doigts ou les ongles étaient parfois apparentes sur la face mais souvent il ne figurait aucun signe externe de suffocation. Dans certains cas il relevait du sang provenant de la bouche ou du nez. Selon lui l'autopsie révélait des petites hémorragies de la plèvre, du péricarde et du thymus.

Dans ce livre sont également présentes des illustrations de pétéchies et ecchymoses pleurales qui sont encore connues aujourd'hui sous le nom de *“taches de Tardieu”*.

Étude médico-légale sur les blessures (6)

Au XIXème siècle la France est un pays à la pointe en médecine, ainsi on aurait pu s'attendre à ce que les publications d'Ambroise Tardieu aient un impact au sein de la communauté médicale. Malheureusement ce ne fut pas le cas, même en France, et il écrivait dans son dernier livre *Étude médico-légale sur les blessures*(6) :

« Cette étude, entreprise il y a dix-huit ans, est la première qui ait été tentée sur ce sujet, auquel les auteurs de médecine-légale n'ont que depuis apporté une mention. »

La raison de cet échec de Tardieu à alerter l'opinion tiens probablement dans le fait qu'à cette époque la société ne considérait pas les enfants comme dignes de droits. Pour la plupart, y compris les juges, les affaires familiales étaient privées et les parents étaient en droit de déterminer la nature et la sévérité des châtiments infligés à leurs enfants.

Si on lit les juristes de l'époque, il existait une forte défiance face aux témoignages des enfants et certains énonçaient qu'il serait malvenu qu'un enfant dénonce son père ou sa mère, envers qui il doit observer un devoir absolu de respect filial. Un procureur écrivait en 1878 :

« Les magistrats seraient impressionnés d'une manière peu favorable par une délation ayant cette origine. » (7)

Certains cependant restaient circonspects, tel qu'au Royaume-Uni, en 1887, cet appel du Révère Benjamin Waugh, fondateur de la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* :

« Il ne devrait plus arriver que lors d'un procès, une petite fillette s'accrochant à sa mère soit la preuve qu'une mère aime son enfant tout comme il paraîtrait qu'un coquillage s'accrochant à un rocher soit la preuve que le rocher aime le coquillage. » (8)

b) Les Successeurs

En 1886, c'est Alexandre Lacassagne, professeur de médecine légale à Lyon, qui dirigeait la thèse de Paul Bernard intitulée *Des attentats à la pudeur sur les petites filles* (9) Celle-ci débute par une revue des législations française et européenne. À l'époque de l'article, un abus sexuel chez un enfant de plus de 13 ans ne constitue pas un crime s'il est commis sans violence. Paul Bernard suggère dans les conclusions de sa thèse que la loi soit plus ferme à l'exemple des « *Codes des Pays-Bas, de la Belgique et de la Hongrie qui assimilent l'enfant à une personne endormie ou privée de sentiment et [qui] punissent celui qui commet l'attentat dans ces conditions de la même peine que le coupable de viol* ».

Sous l'impulsion de ces médecins légistes, plusieurs textes de loi vont être élaborés pour tenter d'assurer une protection des mineurs.

La loi du 24 juillet 1889 donne la possibilité au tribunal civil d'ordonner « la déchéance de la puissance paternelle » pour les parents auteurs de « mauvais traitements [compromettant] soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ». (10)

La loi du 22 juillet 1912 sur les mineurs délinquants instaure les tribunaux pour enfants, interdisant l'emprisonnement des mineurs de moins de 13 ans. (11)

Cependant, ces différents textes ne permettaient pas encore d'organiser efficacement la protection de l'enfance en danger. Surtout, la société n'était pas prête à lever le déni qui entoure les brutalités des adultes sur les enfants. Les travaux pionniers retomberont dans l'oubli pour de longues années. (12)

3. Une période de Dén

a) Méfiance des Médecins Légistes

Bien que la fin du XIXe siècle soit marquée par deux lois réprimant les violences faites aux enfants, la parole de l'enfant va subir une remise en cause profonde de la part de la communauté médico-judiciaire.

Le “renversement de paradigme” (13) chez les médecins légistes commence par une rupture méthodologique avec Tardieu, et ceci dès sa mort en 1879. Son successeur Paul Brouardel rédigeait dans sa notice nécrologique (14) :

« C'est la puissance d'un guide qui vous impose sa conviction [...] [Ceci a] parfois donné aux idées de M. le professeur Tardieu, une forme trop absolue et quelques assertions mériteront d'être révisées. »

Parmi ces assertions révisées par la médecine légale de la fin XIXe siècle, figurait en première place celle qui prétend reconnaître les traces de violences sexuelles sur les enfants victimes d'abus. Le médecin légiste Alfred Fournier écrivait en 1880 à ce sujet (15) :

« L'attentat à la pudeur, la tentative de viol et même le viol consommé, n'ont pas – et ne sauraient avoir d'ailleurs – de symptômes locaux qui leur soient propres et qui autoriseraient l'expert à se prononcer en justice d'une façon absolue, péremptoire, sur l'étiologie des accidents. »

Ainsi, confronté à un cas d'attentat à la pudeur commis sur un enfant, le médecin légiste est toujours en droit de soupçonner une anomalie spontanée pour expliquer les traces observées lors de l'auscultation, et si malgré tout ces traces l'intriguent et lui paraissent suspectes, il devra encore envisager la possibilité que l'enfant se soit violenté lui-même.

Une même incapacité méthodologique est exposée pour les constatations de coups et blessures. Ainsi il ne reste plus que le témoignage de l'enfant. Mais là encore les médecins légistes vont émettre des doutes sur la confiance qu'il convient d'accorder à cette parole.

b) Remise en cause de la parole de l'enfant

Alfred Fournier est en quelque sorte le précurseur de ce mouvement avec son article : « *Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants* » (15). Il déclarait notamment :

« Il est de l'intérêt public, général, de révéler les machinations odieuses de certains simulateurs d'un ordre spécial, machinations peu connues, ignorées même (comme j'ai pu m'en convaincre) d'un certain nombre de nos confrères et qui peuvent aboutir aux erreurs judiciaires les plus regrettables. »

Sous le coup d'événements conjoncturels, en particulier de quelques cas d'erreurs judiciaires remarquables, ces médecins légistes ont semble-t-il eu tendance à se replier sur une position d'identification non plus avec les victimes de violences mais avec les accusés. Le point de vue est alors totalement inversé :

"Représentez-vous la situation terrible faite à un honnête homme sur lequel fond tout à coup l'accusation imméritée d'un attentat abject. Représentez-vous cet homme, jusqu'alors justement estimé, qui, d'un instant à l'autre, par le fait d'une inculpation mensongère, descend au dernier échelon du déshonneur et de la dégradation morale."

"On frémît, en vérité, lorsqu'on pense que de la sorte l'honneur d'un homme peut se trouver à la merci soit de l'inconscience, soit de la perversité d'un enfant."

c) Freud, et son revirement sur la théorie de la séduction (16)

En 1885, Sigmund Freud suivait à Paris l'enseignement de Charcot, mais aussi celui de Paul Bouardel qui partage l'intérêt de ce dernier pour l'hypnose.

Il écrira quelques années plus tard, en 1895, dans sa correspondance, puis dans *Études sur l'hystérie* (17) :

« T'ai-je déjà révélé [...] le grand secret clinique ? L'hystérie résulte d'un effroi sexuel [...] antérieurement à la puberté [...] Les incidents en question n'agissent ensuite qu'en tant que souvenirs. » (18)

Il déclarera ensuite lors de la présentation publique de sa théorie en 1896 (19) :

« Dans la totalité des dix-huit cas d'hystérie [...] je suis arrivé [...] à retrouver ces expériences sexuelles infantiles [...]. Ainsi je suis porté à croire que les enfants ne peuvent trouver le chemin des actes d'agression sexuelle s'ils n'ont été séduits auparavant. »

Ceci amène Freud à élaborer la « théorie de la séduction », ou « *neurotica* », dans laquelle un « traumatisme de séduction » (aujourd'hui on emploierait le terme d'« abus sexuel ») est traité par refoulement, et agit comme source de la névrose de l'adulte.

Cependant cette théorie trouva très peu d'écho dans la communauté scientifique.

« Tous ces ânes ont réservé à ma conférence un accueil glacial ». (20)

« Tu ne saurais te figurer jusqu'à quel point je suis isolé... Le vide se fait autour de moi. » (18)

Ceci, ajouté à l'incapacité de mener à terme ses traitements, le conduisit à revoir son jugement :

« Je ne crois plus à ma neurotica [...]

Il y eut d'abord les déceptions que je subis lors de mes tentatives pour pousser mes analyses jusqu'à leur véritable achèvement [...] Puis, aussi, la surprise de constater que, dans chacun des cas, il fallait accuser le père de perversion [...]. En troisième lieu, la conviction qu'il n'existe dans l'inconscient aucun « indice de réalité » de telle sorte qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre la vérité et la fiction investie d'affect. (C'est pourquoi une solution reste possible, elle est fournie par le fait que le fantasme sexuel se joue toujours autour des parents.) » (18)

Freud renonça donc à la théorie traumatique de l'origine des névroses et élaborait une nouvelle théorie des fantasmes inconscients, du complexe d'œdipe et des pulsions intérieures. (16)

L'essentiel n'est pas ici de comprendre l'origine des névroses de Freud mais plutôt de constater qu'en France, comme à Vienne, les révélations de sévices sexuels par les enfants conduisent à une réaction de rétractation et de défiance.

En cette fin de XIX^e siècle les enfants passaient de victimes à coupables, et l'inconscient devenait un nouvel argument. On citera Léon Thoinot, médecin légiste, sur la question de l'enfant simulateur d'attentat à la pudeur (21) :

"Dans la catégorie qui nous occupe, c'est l'enfant qui prend le premier rôle, le rôle actif ; c'est lui qui invente l'attentat de toutes pièces ; il ment, et le mobile de son mensonge est d'une psychologie assez variée. Tantôt il ment avec conscience de son mensonge [...] Ailleurs, il ment encore, mais inconsciemment"

d) Théorie de la Mythomanie Infantile

Le Dr Claude Bourdin, autre médecin légiste, rédigeait en 1883 un ouvrage intitulé « *les enfants menteurs* » (22), en voici un extrait :

"Il est résulté, pour moi, la conviction absolue que l'enfant se complait dans le mensonge, et qu'il sait s'en servir habilement dans l'intérêt de ses mauvais instincts et ses mauvaises passions"

Une théorie pseudo-scientifique foncièrement hostile à l'enfant et à sa parole était en train de naître : *la théorie de la mythomanie*.

Ernest Dupré, était au début du XXe siècle, médecin chef de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police de Paris. Psychiatre et professeur de faculté, il dispensait un cours spécifique de psychiatrie médico-légale. Il a été l'élève de Paul Brouardel, mais a surtout subi l'influence d'Auguste Motet, auteur de : *Les faux témoignages des enfants devant la justice*, 1887 (23).

La théorie de Dupré repose sur un postulat de base : l'enfant correspond à un stade primitif de la vie de l'homme, stade dans lequel l'immaturation physiologique produit une immaturité mentale comparable à un certain degré de débilité.

Dans la théorie de la mythomanie, le mensonge chez l'enfant est donc une constante physiologique. Il s'invente des histoires et les débite aux adultes. Tant que ces histoires ne choquent pas, l'activité mythique qui est à leur origine est considérée comme normale. Mais lorsque l'enfant dévoile un fait choquant, alors ces révélations deviennent des mensonges pathologiques. De toute manière, dans le cadre de cette théorie, il est exclu d'emblée que l'enfant puisse dire la vérité. Non seulement l'enfant ment, mais de plus son mensonge monstrueux prouve la perversité de son caractère.

"C'est ainsi que beaucoup de fillettes, faibles d'esprit et malignes d'instinct, accusent leur père de les avoir violées, leur mère de les avoir battues, etc. Ce sont ces petits êtres menteurs et malfaisants qui deviennent de faux enfants martyrs, sur lesquels s'apitoie la crédulité publique.

malitia supplet aetatem. [la malice supplée à l'âge, NDR.]

[...] la mythomanie, sous ses différentes formes : mensonge, simulation, fabulation, [est] l'arme de choix employée par les enfants et les femmes, pour satisfaire soit les besoins de leur défense soit en cas de perversité des instincts, leur penchant inné à l'agressivité et à la destruction. [...] A cette catégorie de jeunes mythomanes malins appartiennent les faux enfants martyrs, qui ne reculent devant aucune manœuvre et sont capables de toutes les simulations, pour démontrer les supplices qu'ils endurent de la part de leurs parents et de leurs maîtres." (24)

Au début du XXe siècle, la théorie de la mythomanie a eu un impact certain sur la pratique médico-légale concernant l'enfance violentée. Adhéraient à cette théorie aussi bien des aliénistes (comme Bourneville et Voisin) que des pédagogues (comme Taine, Ribot, Bernard Perez, Paulhan, Binet, Dugas, et Baldwin).

Dans son article de 1905, Dupré consacrait l'essentiel de ses conclusions à la question médico-légale du témoignage de l'enfant en justice. Il écrivait :

"Le devoir du médecin légiste est d'éclairer les magistrats sur le peu de valeur probante que comportent, à toutes les phases de la juridiction, les témoignages ou les renseignements émanés de l'enfant." (24)

Nous le voyons, le discours médico-légal sur les mauvais traitements et les violences exercés contre les enfants a considérablement changé par rapport à l'époque d'Ambroise Tardieu.

Durant la première moitié du XXe siècle, les pédiatres tentèrent de trouver des explications médicalement acceptables aux lésions traumatiques qu'ils observaient. Il évoquèrent tour à tour le rachitisme, le scorbut, la fragilité osseuse constitutionnelle, la syphilis, voire une origine « idiopathique ».

4. “Re-découverte” des Maltraitements (25)

Ce n'est que dans les années 1940, aux Etats-Unis, avec l'aide des nouvelles techniques radiographiques qu'un nouveau virage dans la reconnaissance des mauvais traitements aux enfants va être effectué.

En 1946, John Caffey, père de la radiologie pédiatrique, suggérait que l'association d'un hématome sous-dural à des fractures des os longs chez le nourrisson était évocatrice de violences volontaires (26).

En 1953, son élève, Frédéric Silverman, publiait la description radiologique de trois cas de “traumatismes osseux non reconnus” (“*unrecognized skeletal trauma*”) chez des enfants de 2, 4 et 7 mois. (27)

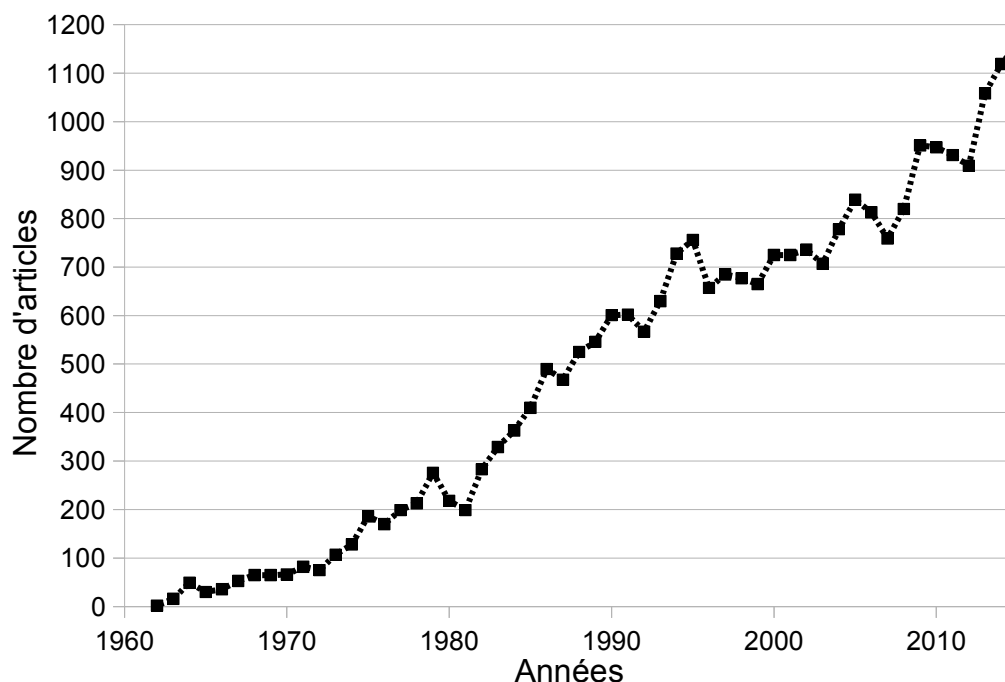
Au cours de ce travail Frederic Silverman fût amené à collaborer avec le pédiatre Henry Kempe avec qui il rédigea en 1962 l'article historique “le syndrome de l'enfant battu” (“*The Battered-Child Syndrome*”). (28)

Silverman voudra par la suite rendre hommage à son prédécesseur français en proposant le terme de “the syndrome of Ambroise Tardieu” (29) alors que paradoxalement les auteurs français le nommeront “le syndrome de Silverman” (30).

L'année suivant l'article fondateur de 1962, le mot-clé « Child Abuse » (« maltraitance des enfants » sur CISMef) a été ajouté à la base de donnée MEDLINE (31)

Les recherches vont alors se multiplier sur le sujet, en 1963, douze articles étaient recensés sous ce mot-clé, en 2015 ils sont 1159 (figure 1).

Figure 1 : Articles référencés sur PubMed-MEDLINE sous le Mesh « Child Abuse » de 1962 à 2015



Des revues spécialisées vont ainsi être créées. En 1977, la revue « Child Abuse and Neglect » fût fondée à Oxford. En 1992 c'est la revue « Journal of Child Sexual Abuse » qui paraissait aux USA suivie en 1996 de la revue « Child Maltreatment ».

En France c'est en 1987 que le néologisme “maltraitance“ a fait son entrée dans le dictionnaire. (32)

Depuis 2006, la pédiatrie de la maltraitance (« Child Abuse Pediatrics ») est reconnue comme une sous-spécialité de la pédiatrie par l'ordre des pédiatres américains. (33)

Ainsi cette problématique devient une discipline d'étude à part entière et les connaissances sur le sujet s'accumulent.

Certains ont depuis modifié leur regard comme le confie Robert Fliess, après une vie d'expérience psychanalytique :

« Personne n'est jamais malade de ses fantasmes. Seuls des souvenirs traumatiques réprimés peuvent causer une névrose ». (34)

B) DÉFINITION(S) DE LA MALTRAITANCE

1. Définition française

Auparavant les définitions en France séparaient “enfant maltraité”, “enfant en risque de maltraitance” et “enfant en danger”. Depuis la loi du 5 mars 2007 (35) réformant la protection de l'enfance c'est la notion de danger qui prévaut. La notion d'information préoccupante a également été introduite.

La maltraitance infantile est définie par :

le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (36) (37)

L'information préoccupante est quant à elle :

tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide

2. Définition de l'OMS (38)

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

3. Définition de l'étude publiée dans le Lancet en 2009 (39)

«Tout acte commis directement ou par omission par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant pas besoin d'être intentionnel.

C) ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Recensement

-En France : plusieurs organismes tentent de recenser les mineurs en danger : (40)

- L'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) ayant pris la suite de l'ODAS (Observatoire de l'action sociale décentralisée) qui recense les enfants bénéficiant de mesures de protections.
- l'ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales) qui compile les statistiques de police et de gendarmerie en matière de violence à enfant.
- la SNATEM (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée) qui référence les appels au 119, numéro vert national pour l'enfance en danger.
- L'Éducation nationale qui recense les signalements effectués en son sein.

Le recoupement des chiffres est complexe car tous les organismes n'ont pas les mêmes définitions (enfant en danger, maltraité), les mêmes unités de mesure (mineur, plainte, appel) ni même une concordance sur les âges (moins de 15 ans, 18 ans, 21 ans).

On retiendra cependant le chiffre de l'ONED qui indiquait, en 2014, un nombre de mineurs pris en charge par la protection de l'enfance d'environ 288 300, soit un taux de prise en charge de 2 % des moins de 18 ans. (41)

-Au plan international : une étude très documentée « *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries* », publiée dans le Lancet en 2009, regroupant les pays à hauts niveaux de revenus estime la prévalence d'enfants maltraités à 10%. (39)

Pour réaliser cette estimation, trois types d'études ont été rassemblées : les chiffres rapportés par les victimes, les enquêtes menées auprès de l'entourage et les statistiques officielles des agences sociales et policières.

On remarque cependant qu'il existe un vrai fossé entre les chiffres de la protection de l'enfance et ceux rapportés par les victimes et leur entourage, ils peuvent varier dans un rapport de 1 à 10. Mais les biais de chaque méthode de recueil ont été analysés et ils vont plutôt dans le sens de la sous-estimation que de la sur-estimation, particulièrement en ce qui concerne les abus sexuels.

Ainsi, dans un article à l'intitulé quelque peu provocateur, « l'Universalité de l'Inceste » (42), le psycho-historien Lloyd DeMause expose que, plus que le tabou de l'inceste, ce sont les violences sexuelles perpétrées sur les enfants que l'on retrouve universellement dans les études intimes de toutes les sociétés.

Une analyse transversale ayant questionné, au Canada, plus de 23 000 adultes en 2012 retrouvait à l'aide d'un questionnaire validé (Childhood Experiences of Violence Questionnaire) une prévalence de maltraitance physique de 26 %, d'abus sexuel de 10 % et d'exposition aux violences intra familiales de 8 % pour un total cumulé des trois violences confondues de 32%. (43)

2. Les différents types de maltraitance

Les définitions et chiffres de prévalence sont tirés de l'étude internationale dans les pays à hauts revenus publiée en 2009 (39)

a) Maltraitance physique :

Usage intentionnel de force physique (ou d'un objet) envers un enfant ayant pour résultat, ou la potentialité, d'une blessure physique.

Les chiffres des violences parentales sévères incluent : les coups portés avec le poing ou un objet, les coups de pied, morsures, menaces avec une arme ou un couteau (les claques, fessées et agrippements sont classés parmi les violences mineures et n'ont pas été prises en compte)

Prévalence : Entre 3,7 et 16% des enfants chaque année

Prévalence cumulée (c'est-à-dire sur la période 0-18 ans) : 5 à 35% des enfants

b) Maltraitance sexuelle :

Toute tentative ou accomplissement d'acte sexuel, de contact sexuel ou d'exposition sexuelle (comme acteur ou témoin) chez un enfant.

Prévalence cumulée d'abus sexuel avec pénétration : 5 à 10 % des filles, 1 à 5% des garçons.

Prévalence cumulée de tout abus sexuel : 15 à 30 % des filles, 5 à 15% des garçons.

Même si cette forme de maltraitance est encore plus taboue que les autres, les études s'accordent pour donner des chiffres de prévalence très élevés à travers le monde.

Une revue de littérature internationale de 1994, réunissant les études de 20 pays, principalement européens ou anglophones, sur les abus sexuels à enfants, rapporte des prévalences suivant les pays variant entre 7 et 36% (médiane 19%) chez les femmes et entre 3 à 29 % (médiane 8%) chez les hommes. (44)

c) Maltraitance psychologique

Tout comportement intentionnel qui transmet à un enfant qu'il est sans-valeur, déficient, non-aimé, non-voulu, en danger ou n'ayant de valeur qu'à accomplir un besoin extérieur à lui-même. (Certaines définitions ne retiennent pas le caractère intentionnel)

Prévalence : 10% par an selon une étude aux USA, jusqu'à 33% par an dans certains pays.

d) Maltraitance associée aux violences intra-familiales (nouvelle formulation des violences conjugales)

La confrontation à tout comportement menaçant, violent ou d'abus (psychologique, physique, sexuel, financier ou émotionnel) entre adultes qui sont, ou ont été, partenaires intimes ou familiaux.

Prévalence cumulée : 8 à 25% des enfants sont témoins de ces violences.

e) Négligence

Incapacité à assurer les besoins physiques, émotionnels, sanitaires ou éducatifs, incapacité à donner une nourriture, une hygiène ou un logement appropriée, incapacité à assurer la sécurité de l'enfant.

Prévalence cumulée : 6 à 12% selon des études au Royaume-Uni ou aux USA

f) A part : les châtiments corporels

En France, l'interdiction claire de toute forme de châtiment corporel envers les enfants a été réclamée par le Conseil de l'Europe en mars 2015 puis par le comité des enfants de l'ONU en février 2016. Une cinquantaine de pays dans le monde, dont 21 dans l'Union Européenne, ont interdit les châtiments corporels et les violences éducatives.

La loi « Egalité et citoyenneté » votée le 22 décembre 2016 au parlement avait tenté de compléter la définition de l'autorité parentale de l'article 371-1 du Code civil en excluant « tout traitement cruel, dégradant ou humiliant, y compris tout recours aux violences corporelles ».(45)

Cette définition civile a vocation à être lue aux couples au moment du mariage et est totalement dénuée de portée pénale.

Cependant un groupe de 60 sénateurs a porté saisine devant le conseil constitutionnel le 27 décembre 2016, car ce qu'ils nomment l' « interdiction des fessées données par les parents à leurs enfants » constitue un cavalier législatif, c'est à dire un article qui n'est pas en rapport avec le sujet traité par le projet de loi. (46)

Le Conseil constitutionnel a rendu sa décision le 26 janvier 2017 : l'article est annulé car adopté anticonstitutionnellement. (47)

Les mauvaises habitudes ont la vie dure et les croyances entourant les châtiments corporels : « c'est pour son bien », « ça ne fait pas de mal » ne font pas exception, malgré le fait qu'elles aient été contredites par de nombreuses études. Depuis les années 1990, les publications montrent une association statistiquement significative entre punitions corporelles dans l'enfance et pathologies psychiatriques à l'âge adulte : épisodes dépressifs majeurs, alcoolisme, troubles des conduites (48) (49).

Dans le même temps aucun effet positif, à une éducation « musclée », n'a pu être établi. Peut-être soulage-t-il au moins la colère des parents.

En revanche, un essai clinique randomisé montre que le groupe dans lequel on a appris aux parents d'enfants, au comportement difficile, à diminuer leur usage de réprimandes violentes, présente une amélioration significative des troubles du comportement des enfants. (50)

Chez des garçons d'âge élémentaire, le fait d'avoir vu une vidéo d'une minute dans laquelle un parent punit violemment son enfant (cri, secouement et fessée) est suivi d'un comportement significativement plus agressif lorsqu'ils jouent ensuite avec des poupées, au contraire des jeunes garçons qui ont vu une vidéo avec une réponse non-violente (51).

De plus, punitions corporelles et maltraitements physiques sont fortement liées. De larges études canadiennes montrent que 75% des maltraitements physiques caractérisés surviennent lors d'épisodes de corrections physiques, et que les enfants recevant des fessées de leurs parents sont 7 fois plus à risque de recevoir des violences parentales graves (coups de poing ou coups de pied) que les enfants ne recevant pas de fessée. (52)

Les punitions physiques dans l'enfance sont associées, même s'il y a une différence de degré, aux mêmes symptômes à l'âge adulte que les maltraitements, ce qui fait dire à certains auteurs que les punitions physiques sont une forme atténuée de maltraitance (48).

3. Mortalité de la maltraitance

Un rapport des Nations Unies sur « les morts par maltraitance infantile dans les pays riches » (53) publié en 2003, énonce les chiffres de mortalité d'enfants de moins de 15 ans par maltraitance et négligence :

- 2 morts d'enfant par semaine en Allemagne et au Royaume-Uni
- 3 morts d'enfant par semaine en France
- 27 morts d'enfant par semaine aux Etats-Unis

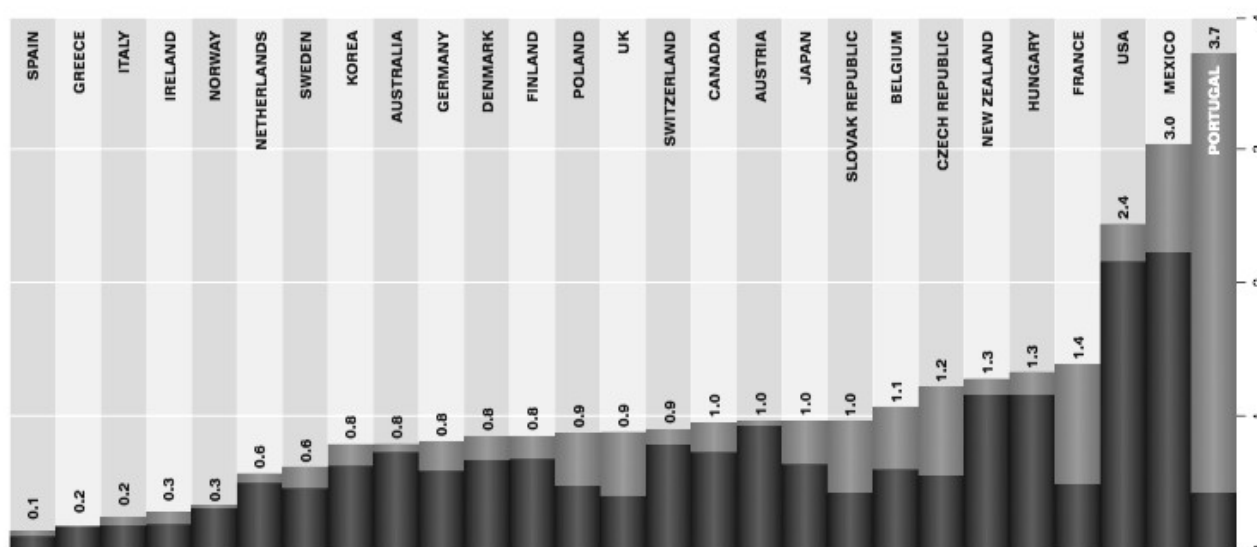
Cinq pays apparaissent avec une faible incidence de mortalité : Espagne, Grèce, Italie, Irlande et Norvège. La France a un taux de mortalité 6 fois plus élevé que la moyenne de ces pays. (Figure 2)

La suite des statistiques montre que les auteurs des meurtres sont dans 80% des cas les parents biologiques (41% pour le père, 39% pour la mère).

C'est la « négligence seule » qui fait le plus de morts (35% des cas), puis l'« abus physique seul » (28%) et ensuite des combinaisons de plusieurs abus.

Pour ainsi dire, la maltraitance mortelle n'est pas une forme particulière de maltraitance mais plutôt une maltraitance qui tourne mal.

Figure 2 : Mortalité annuelle par maltraitance sur 100 000 enfants, chiffres corrigés (53)
Morts par maltraitance (gris foncé) combinées aux morts classées « d'origine indéterminée »
(gris clair)



Un déficit de recensement

On remarque sur la figure 2 qu'il y a en France un très fort taux de morts « d'origine indéterminée ».

Les statistiques relèvent en effet, par rapport à des pays comparables, un très fort pourcentage de « morts accidentelles » chez des enfants de moins de 1 an, âge auquel l'enfant a, *a priori*, peu de probabilité d'être responsable de son accident. Une analyse a investigué ce phénomène à travers une revue judiciaire complète dans 3 régions françaises. (54)

Les jugements rendus par 26 tribunaux, entre 1996 et 2008, ont été décortiqués et, le problème identifié est que les statistiques du CépiDC-Inserm (Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Institut national de la recherche médicale) sont remplies lorsque la mort de ces enfants est constatée sous le terme de « mort inconnue ». Par la suite, lorsque l'enquête judiciaire avance puis établit une « mort violente », les statistiques ne sont pas révisées. Ainsi sur 80 cas avérés par les tribunaux de « morts violentes » seules 27 apparaissent comme telles dans les statistiques.

Un autre problème mis en lumière est le faible taux d'investigation médico-légale en France des « morts inopinées du nourrisson ». Le diagnostic de « mort subite du nourrisson » a été donné dans 41 % des cas sans autopsie. Peu d'investigations sont effectuées lorsqu'il n'y a pas de marque sur le corps des enfants. Même la radiographie du crâne se révèle peu utilisée.

Au total la recherche de l'Inserm sur les infanticides de nourrissons de moins de 1 an a montré (sur la période 1996 à 2000) (55):

-17 cas de décès annuels recensés officiellement par le CépiDC.

-255 cas de décès annuels estimés après étude des registres hospitaliers et judiciaires.

Difficile donc de chiffrer la totalité des morts d'enfants liées à la maltraitance.

4. Conséquences à l'âge adulte de la maltraitance

Les études font état de nombreux troubles psychiatriques attribués aux mauvais traitements dans l'enfance.

L'analyse transversale effectuée au Canada en 2012 ayant questionné plus de 23 000 adultes a tenté de mesurer le lien entre maltraitements dans l'enfance et troubles mentaux à l'âge adulte.

Que ce soient les troubles mentaux rapportés par le sujet ou diagnostiqués lors d'entretiens, tous sans exception sont associés à un risque significativement augmenté en cas de maltraitance, et la liste est longue : dépression, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, abus et dépendance à l'alcool, aux drogues, idéation suicidaire, tentative de suicide, troubles obsessionnels compulsifs, troubles paniques, état de stress post traumatique, phobies, troubles déficitaires de l'attention, troubles alimentaires et troubles de l'apprentissage. (43)

Une étude de cohorte sur 30 ans, en Nouvelle-Zélande démontre les mêmes dégâts psychiatriques (dépression, anxiété, idées suicidaires, abus d'alcool et de drogue...) suite à des abus sexuels dans l'enfance. (56)

Les violences subies dans l'enfance augmentent aussi le risque de délinquance. La probabilité d'être arrêté pour crime ou délit est accrue d'environ un tiers aussi bien à l'adolescence qu'à l'âge adulte. (57)

La littérature scientifique montre également que les effets des humiliations répétées (« *Tu es une nullité, tu n'as rien dans le cerveau, tu n'arriveras jamais à rien...* ») sont beaucoup plus délétères à long terme que les coups, notamment en terme de socialisation. (58)

Ce problème coûte évidemment beaucoup à la société. Aux Etats Unis on a estimé, sur l'année 1996, le préjudice financier lié à la maltraitance et au délaissement des enfants, y compris les pertes de revenus et les soins de santé mentale, à 12,4 milliards de dollars. (59)

D) LES STATISTIQUES DU DÉPISTAGE DES MALTRAITANCES EN FRANCE

(En Annexe 5 a été jointe la fiche HAS d'aide au dépistage aux maltraitances infantiles)

Que ce soient informations préoccupantes (IP) ou signalements, seulement une faible part émane du milieu médical.

Si on recense les origines d'appels à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes : on dénombre 6% de professionnels de santé dont 1% de médecins libéraux (60)

Une thèse s'est attaché en 2014 à recenser les IP transmises durant deux mois dans le département des Bouches-du-Rhône. Sur 141 IP concernant 232 enfants, aucune ne provenait d'un médecin généraliste. (61)

Du côté des signalements seuls 2 à 5 % émanent du corps médical selon le chiffre de l'Ordre des médecins de 2002 (62), les chiffres du Ministère de la justice tournent actuellement autour de 2% (cf tableau 1).

Tableau 1 : Origine des signalements par catégories professionnelles selon le Ministère de la justice. Nombre de mineurs en danger dont le juge des enfants a été saisi dans l'année (63)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Toutes saisines	81 075	79 927	81 928	82 849	85 905	89 331
Par le parquet	83,1%	83,7%	84,2%	84,6%	84,4%	84,7%
Origine du signalement						
ASE	60,8%	62,9%	65,1%	65,3%	66,0%	66,5%
Police, gendarmerie	7,3%	6,9%	6,4%	6,0%	5,3%	5,0%
Éducation nationale	2,4%	2,3%	2,0%	2,0%	2,0%	2,1%
Milieu médical	2,4%	2,0%	1,9%	2,1%	1,9%	2,0%
Origine autre ou inconnue	10,3%	9,5%	8,8%	9,1%	9,2%	9,2%
Saisine d'office	5,9%	5,6%	5,3%	5,0%	4,8%	4,4%
Par la famille, le mineur, le gardien	11,1%	10,8%	10,5%	10,4%	10,7%	10,9%

E) PROBLÉMATIQUE DE NOTRE ÉTUDE

Comme nous venons de le voir, si l'on évalue le dépistage des médecins traitants seulement à l'aune des statistiques concernant les signalements et les IP, les médecins apparaissent peu représentés. Cependant, cela veut-il dire qu'ils sont inactifs ?

Trois thèses quantitatives ont notamment questionné des médecins généralistes sur le sujet (dans les départements du Jura, de la Guadeloupe et du Limousin). Il ressort qu'entre 60 et 75% des médecins généralistes disent avoir été confronté à un cas de maltraitance, 39% estiment la démarche du signalement complexe, 61% ne connaissent pas la CRIP (Cellule de recueil de l'information préoccupante) de leur département et entre 80 et 90 % estiment leur formation comme insuffisante. (64) (65) (66)

Ces mêmes études montrent que les médecins ont plus souvent recours à l'hospitalisation qu'à la rédaction d'une IP ou d'un signalement. La discussion avec d'autres professionnels apparaît également comme une stratégie fréquemment employée.

Les statistiques nous permettent de nous faire une première idée sur le sujet mais ne peuvent résumer toutes les actions à la disposition du médecin généraliste face à la problématique de l'enfant en danger. Comment vivent-ils ce sujet au quotidien, quelles peuvent être leurs actions de prévention, quelles stratégies de gestion ont-ils pu élaborer. Ce sont autant de questions que l'analyse qualitative est à même d'investiguer.

Cette étude qualitative s'attachera à explorer le ressenti des médecins généralistes face à une suspicion de maltraitance infantile au cabinet. L'objectif principal est de mettre en lumière les freins qui entravent les médecins dans leur dépistage, l'objectif secondaire est de faire ressortir les stratégies qu'ils ont pu mettre en place, en s'appuyant sur leur position particulière au sein des familles, et les éléments qui peuvent faciliter leur prise en charge.

II. MATERIEL ET METHODE

A) CHOIX DE LA MÉTHODE D'ENQUÊTE

Le choix a été celui d'utiliser une méthode qualitative, par entretiens libres, selon la méthode de l'entretien compréhensif.

Afin d'approfondir au mieux cette question du dépistage des maltraitances infantiles, il fallait entrer dans l'intime de la consultation de médecine générale, étudier le ressenti et le vécu des médecins généralistes, en leur laissant la même liberté dans l'entretien que celle qu'ils pratiquent dans leur exercice quotidien. La méthode de l'entretien compréhensif inspirée de la « théorie ancrée » ou « *Grounded Theory* » est apparue comme la plus indiquée.

Cette technique d'entretien sociologique a notamment été théorisée par Jean Claude Kaufmann (67). Selon cette approche, l'élaboration des hypothèses se fait tout au long du travail, elles peuvent se modifier selon les réponses apportées par le terrain. Cette méthode se différencie de l'approche classique selon laquelle on construit d'abord une hypothèse puis on la vérifie ou on l'infirmes par l'enquête dans une approche la plus neutre possible.

« le terrain n'est plus une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématisation ».

L'auteur part du principe qu'un questionnaire avec un enchaînement de questions instaure une hiérarchie dans l'entretien et l'enquêté se soumet à l'enquêteur en acceptant ses catégories, en donnant des réponses neutres et en attendant patiemment la question suivante.

L'entretien compréhensif cherche à briser la hiérarchie, en instaurant plutôt un ton de conversation entre deux individus. L'enquêteur reste le maître du jeu et guide l'entretien mais l'informateur doit se sentir écouté en profondeur et glisser vers un rôle central. L'enquêteur agit avec sympathie et attention pour obtenir l'engagement de l'enquêté, il exprime lui-même ses idées et ses émotions pour dynamiser le débat et inviter à la sincérité.

Lors des entretiens la discussion débutait par la présentation suivante : « j'effectue une étude sur le vécu des médecins généralistes face au dépistage des maltraitances infantiles au cabinet » puis par les phrases « qu'est-ce que cela vous évoque-t-il ? » ou « cela vous fait-il penser à une situation en particulier ? »

Ensuite la discussion se poursuivait avec le maximum de liberté de parole, tout en tentant de rester dans le cadre de l'étude, pour ceci une grille de thématiques a tout de même été élaborée au fur et à mesure des entretiens afin de pouvoir relancer la discussion et aborder l'ensemble des champs de recherche. (ci-joint en Annexe 1)

B) ÉCHANTILLONNAGE

Le recrutement s'est fait parmi des médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes, plus précisément dans les départements de la Drôme et l'Ardèche.

Les critères d'inclusion étaient : être un médecin généraliste installé ou ayant été installé en exercice libéral dans les départements Drôme et Ardèche, et volontaire pour participer à un entretien individuel de 20 à 30 minutes.

L'échantillon a été constitué par le réseau de connaissance de l'étudiant en thèse et augmenté « de proche en proche ». Les caractéristiques d'âge, de sexe, et de milieu d'exercice ont été choisies pour être les plus équilibrées possibles. (On précise que deux médecins apparaissent dans le tableau 2 dans deux milieux d'exercice différents, ceci car ils ont exercé dans leur carrière plusieurs années dans chacun des milieux.)

La taille de l'échantillon avait été définie a priori en accord avec le directeur de thèse, et l'enseignement des ateliers de formation à la recherche qualitative de la faculté, pour atteindre le nombre minimal de 12 médecins. Ce sont 13 médecins qui ont finalement été recrutés pour un bon équilibre des caractéristiques démographiques.

Tableau 2 : Descriptif de la population interrogée

Médecin n°	durée entret. (minutes)	Âge (années)	Installation (années)	Sexe		Milieu d'exercice		
				Homme	Femme	Urbain	Semi-urbain	Rural
1	40	33	3		X		X	
2	31	66	33	X			X	
3	13	66	29	X		X		
4	27	55	15	X		X	X	
5	23	31	3		X		X	
6	33	33	1,5		X		X	
7	16	42	13		X			X
8	32	59	34	X			X	
9	20	62	32	X			X	
10	21	46	16	X			X	
11	17	28	0,5		X	X		
12	20	40	12		X	X		
13	41	58	30	X		X		X

Total	13	5h33			7	6	5	8	2
Moyenne		25,7	47,6	17,1	53,8%	46,2%	38,5%	61,5%	15,4%

C) RECUEIL DES DONNÉES

L'inclusion s'est faite du 31 mars 2016 au 21 mars 2017.

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle par l'étudiant en thèse. Le choix du lieu de l'entretien était laissé au choix des médecins : au cabinet pour 12 d'entre eux, au domicile pour le médecin n°13.

Ils ont été enregistrés via un téléphone portable après recueil de leur accord.

D) ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été retranscrits à l'ordinateur sous forme de fichier texte par l'étudiant en thèse, dans les jours suivants sa réalisation.

La retranscription se voulant la plus fidèle possible, elle a été faite mot-à-mot, en retranscrivant également les hésitations, les silences, les rires, les soupirs et les éventuelles attitudes non-verbales.

Les verbatims des différents entretiens se trouvent joints en Annexe sur support CD-ROM.

Afin de conserver l'anonymat des répondants, un numéro a été attribué à chacun en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les noms propres et les lieux qu'ils ont mentionné ont également été anonymisés.

Après retranscription complète, les entretiens ont été relus. Puis les analyses longitudinale et transversale ont été réalisées grâce au logiciel MaxQDA. Les idées et concepts qui concernaient l'objectif de l'étude ont été codées puis classées en thèmes et sous-thèmes selon les principes d'analyses inductives et déductives.

La majorité des occurrences est arrivée à saturation avec une bonne redondance d'évocation des thèmes principaux à partir d'une dizaine d'entretiens.

Enfin, une triangulation des données a pu être effectuée grâce à la relecture d'une autre étudiante en thèse qualitative.

III. RESULTATS

A) RÉSULTATS GÉNÉRAUX QUANT À L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS

À l'exception d'un médecin (médecin n°8), tous les médecins ont évoqué au moins un souvenir dans leur carrière de cas de maltraitance ou de suspicion de maltraitance.

En revanche, sur les 13 médecins, seulement 2 ont rédigé au moins une information préoccupante, et 3 ont au moins effectué un signalement. Cependant, cela ne signifie pas qu'ils sont restés sans réponse à ces situations.

Si on s'attache à la procédure de l'information préoccupante, créée en 2007, elle apparaît plutôt méconnue par les médecins interrogés, et ce quel que soit leur ancienneté d'installation (tableau 3).

Tableau 3 : Connaissance par les médecins interrogés de l'Information Préoccupante (IP)

Connaissance de l'IP	Nombre de Médecins	Pourcentage des Médecins	Durée d'installation (an)
oui	3	23%	3 – 3 – 13
vague ou non évoquée	4	31%	0,5 – 16 – 28 – 34
non	6	46%	1,5 – 12 – 29 – 29 - 32 – 33

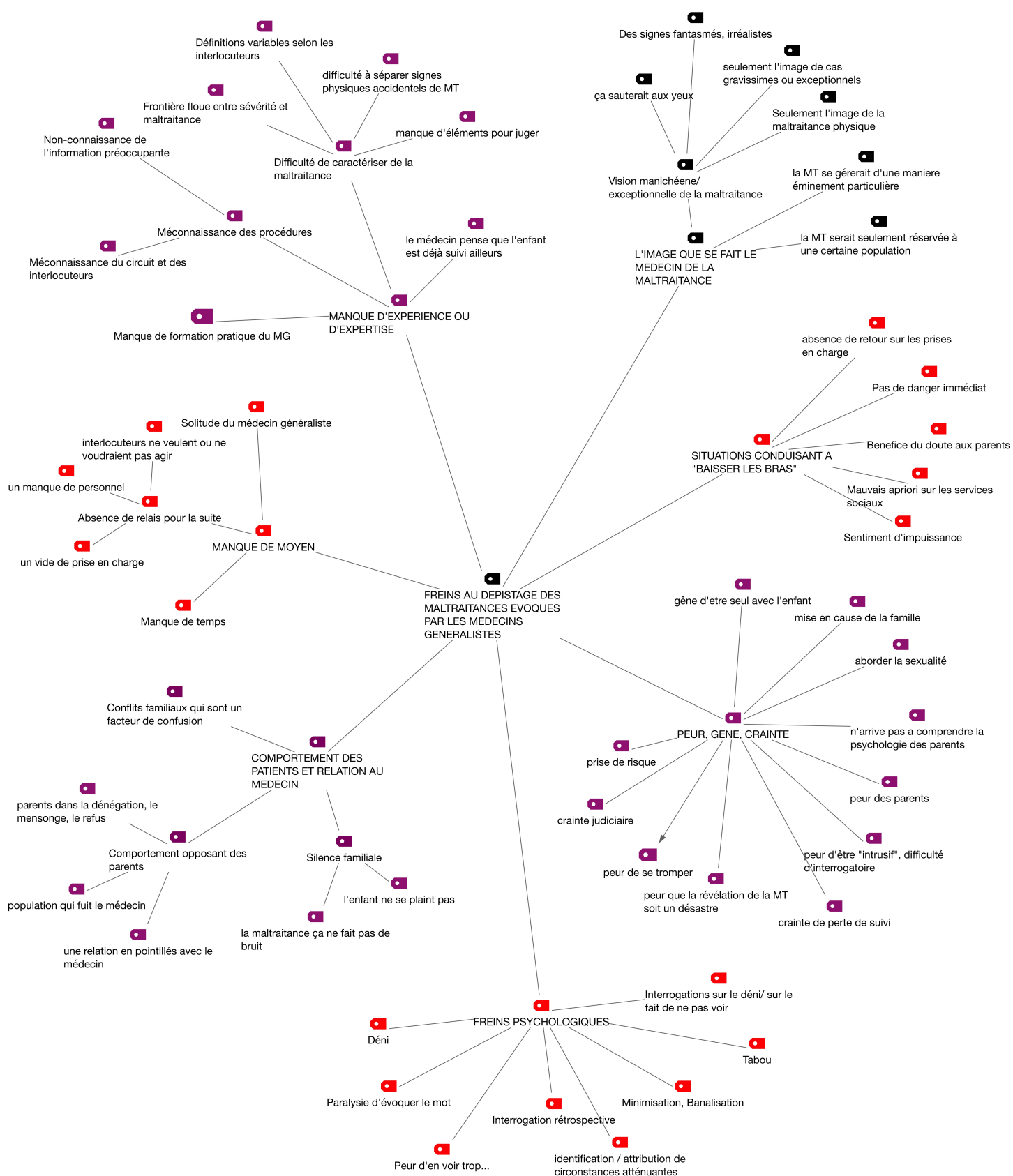
En ce qui concerne la CRIP, elle n'a été évoquée que par 2 médecins.

B) FREINS AU DÉPISTAGE DES MALTRAITANCES INFANTILES ÉVOQUÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Au cours des entretiens, à travers leurs expériences personnelles, leurs réflexions mais aussi la rhétorique de leur discours, plusieurs freins, gênes et entraves au dépistage ont pu être mis en évidence.

En voici une sélection d'abord présentée sous forme de carte heuristique, puis ensuite détaillée en rapportant pour chaque thème les citations les plus emblématiques, dans un souci de concision toutes n'ont pu être présentées.

Figure 3 : Carte heuristique des « freins au dépistage » évoqués par les médecins généralistes



1. Freins liés au comportement des patients et à leur relation au médecin

a) Comportement opposant des patients

Pour les médecins, la première entrave est que la population concernée est difficile à appréhender

- Des parents qui sont dans la dénégaration, le mensonge, le refus :

Méd_3 : « les proches c'est évident et... ils sont dans la négation »

Méd_4 : « il faut que les gens soient compliants avec le médecin, il faut que... quand tu demandes un truc il faut qu'ils te répondent honnêtement. Si ils répondent à côté, ou.. s'ils te mentent, le rapport est faussé, quoi. »

Méd_13 : « parce que ils disent non, ils ne veulent pas dire que leur enfant a des problèmes, et éventuellement ces problèmes ce serait de leur faute »

- Une population qui fuit le médecin

Méd_1 : « elle n'avait vu aucun médecin alors qu'elle avait deux mois »

Méd_4 : « Parce que nous on en voit pas... j'en vois pas moi... ou alors ils viennent consulter quand l'enfant n'a plus de marque c'est... (rire) Ben oui... »

Méd_5 : « je trouve que finalement le problème de ces gamins c'est que tu les vois pas, tu les vois quasiment pas »

Méd_8 : « mais le médecin généraliste, il va voir les gens qu'on lui amène, donc les enfants qu'on lui amène, donc ça c'est pas très évident, euh... on lui amène, on lui amène pas... »

- Une relation en pointillé avec le médecin

Méd_13 : « on ne voit pas les gars. c'est vrai que c'est parce que il y a pas de vaccin (rire), donc c'est vrai qu'on a qu'une partie de la population ... »

Méd_12 : « moi je trouve que c'est difficile... parce que, c'est difficile parce que on voit des gens... tellement ponctuellement, en réalité on n'a pas idée de ce qu'il se passe à l'extérieur... c'est vrai c'est... tu vois les gens euh... tu vois les gens, quoi, un quart d'heure »

b) Un silence familial

La maltraitance est entourée d'un grand silence de la famille et de l'enfant.

- La maltraitance ça ne fait pas de bruit

Méd_4 : « Le problème c'est que la maltraitance, la maltraitance sur enfant elle est... (silence)
Comment dire... **elle a un visage banal**. C'est comme... euh... je sais pas moi, le... (silence) Oui
c'est ça, les gens, **c'est Monsieur tout le monde, ça peut être n'importe qui**. »

Méd_8 : « ça m'évoque d'abord **quelque chose de très honteux... donc caché** »

Méd_8 : « euh... sur le long court, dans un cercle familial maltraitant euh... hors séparation,
par exemple euh... c'est que, **on va être le témoin de "pas grand-chose"** »

- L'enfant ne se plaint pas

Méd_4 : « **L'enfant il n'ira jamais...** jusqu'à un certain âge, il n'ira jamais **contre l'autorité du père**. Le père est tout-puissant et puis il a toujours raison. Même si il fait n'importe quoi. Alors tu constates des trucs mais, **l'enfant lui il te le dit pas**, et puis les parents il nient. (silence) »

Méd_4 : « ou alors **ils viennent consulter quand l'enfant n'a plus de marque** c'est... (rire) Ben oui... Après on a des enfants peut-être... qui sont repliés sur eux-mêmes, c'est peut-être là qu'il faut regarder. (silence) c'est compliqué, hein, quand l'enfant est avec les parents, c'est compliqué. »

Méd_13 : « après là le problème c'est que **les tout-petits, d'abord ils ne parlent pas**, enfin ils ne peuvent pas verbaliser les choses, **et même un tout petit peu plus grands, ils vont jamais dire...** parce que... **c'est leur papa et leur maman, donc de toute façon ils ne diront jamais**, enfin... moi, je... (rire) »

c) Des conflits intra-familiaux qui sont un facteur de confusion

Les conflits intra-familiaux peuvent pousser les parents à des accusations mutuelles qui troublent les situations.

Méd_1 : « c'est **dans un contexte de séparation des parents**, alors ça c'est toujours aussi l'affaire compliquée »

Méd_6 : « j'avais eu **des demandes de la part d'un papa**. Euh... Il y avait une maltraitance, en fait, avec la maman, d'après ce qu'il me disait et donc il avait demandé des certificats »

2. Freins liés au manque d'expérience ou d'expertise du médecin

a) La méconnaissance des procédures

Les médecins témoignent d'un manque de connaissance des possibilités de transmission d'éléments inquiétants.

- Méconnaissance de l'information préoccupante

Enquêteur : « Tu connais l'information préoccupante? »

Méd_9 : (Rires) « Non »

Méd_4 : « Oui. Parce que nous on s'en sert pas de ça. On savait que ça existait... vaguement. Mais on s'y est même pas intéressé. »

Méd_6 : « sans suivre la petite enfin... faire une information préoccupante, est-ce que c'est possible quoi? »

- Méconnaissance du circuit et des interlocuteurs

*Méd_4 : (regardant sur son ordinateur le site départemental de l'aide sociale à l'enfance)
« Alors ce qu'ils font... Il y a toujours de beaux organigrammes, là. Mais est-ce qu'en vérité c'est rempli toutes ces cases, là? Est-ce qu'en vérité, je sais pas moi, “Commission de l'enfance”, est-ce qu'il y a du monde? Des suivis médico-social? Est-ce qu'il est fait? On a toujours ce genre de question, quoi. »*

Méd_8 : « je pense que... je pense à moi, hein, que on a d'autant plus tendance à être dans l'aveuglement, ou dans le fait de ne pas vouloir voir de manière plus ou moins consciente, qu'on ne sait pas bien de ce qu'on va faire de l'information si on dit qu'on a vu. »

b) Manque de formation du médecin généraliste, notamment pratique

Méd_9 : « parce que... je crois que... bien qu'on ait eu un cours ou deux... (rire) deux heures de cours pour ces problèmes là... »

Méd_1 : « j'ai pas été... euh... ça a pas été... mais c'est quand même compliqué, c'est des choses quand euh... sur lequel on est pas euh... vraiment euh... habitué, on est pas... on n'est pas tellement formé à ça même si on a une section maltraitance dans notre internat, c'est pas ça, dans la pratique... ça remplace euh... ça remplace pas l'expérience... »

c) Le médecin pense que le patient est déjà suivi ailleurs

Méd_6 : « en fait je pensais que le suivi été fait la PMI et je me suis rendue compte quelques mois plus tard qu'en fait le suivi n'avait pas été fait »

d) Difficulté à caractériser la maltraitance infantile

Il apparaît parfois complexe de savoir si certains éléments constatés ou rapportés rentrent dans le cadre de la maltraitance.

- Définitions variables selon les interlocuteurs (exemple des violences intra-familiales)

Méd_8 : « j'ai eu des enfants en difficultés dans des couples qui fonctionnent mal [...] ça peut en faire partie [de la maltraitance] »

Méd_12 : « [parlant des enfants témoins de violences conjugales] ah!... ah oui ça doit être fréquent ça, je pense, malheureusement. (silence) Ah ouais ? ça on... ça tu le classerais dans les maltraitances ? »

- Frontière floue entre sévérité et maltraitance

Méd_9 : « et elle me l'a dit : moi je mets des fessées régulièrement parce que des fois je peux plus faire autrement quoi. Mais si tu veux je les ai jamais vu... mis à mal si tu veux... »

Méd_6 : « je trouve qu'elle est dure avec son fils mais je suis pas sûre qu'on puisse parler de maltraitance... (silence) »

- Manque d'éléments pour juger

Méd_4 : « ou alors ils viennent consulter quand l'enfant n'a plus de marque c'est... (rire) Ben oui... Après on a des enfants peut-être... qui sont repliés sur eux-mêmes, c'est peut-être là qu'il faut regarder. (silence) c'est compliqué, hein, quand l'enfant est avec les parents, c'est compliqué. »

Méd_12 : « mais dans ces cas-là qu'est-ce qu'il faut faire ? ben je sais pas trop, tu vois, à partir du moment où tu n'as pas... où tu penses que tu ne peux pas te baser sur les dires d'un... de quelqu'un, tu vois c'est un petit peu... »

- Difficultés à séparer les signes physiques accidentels des signes de maltraitements

*Méd_5 : « mais je pense que c'est très difficile à part si tu as vraiment une trace de gifle sur la joue, de dire **qu'est-ce qui est une chute, qu'est-ce qui est un traumatisme** ou qu'est-ce qui est vraiment d'une maltraitance, quoi »*

*Méd_13 : « et puis **il faut être un petit peu... petit peu aguerris, entre guillemets, à reconnaître les symptômes** »*

3. Freins liés à l'image que se fait le médecin de la maltraitance

a) La vision manichéenne, exceptionnelle de la maltraitance

Certains médecins ont une image de l'enfant maltraité qui semble surtout symbolisée par les cas extrêmes type « syndrome de Silverman », avec un effet d'arbre occultant la forêt

- Seulement l'image de la maltraitance physique

*Méd_12 : « (silence) il n'y a pas que physique, c'est vrai... **quand on dit maltraitance, on pense à la maltraitance physique, on pense aux coups, on pense au truc comme ça... la maltraitance...** »*

- Seulement l'image de cas gravissimes, exceptionnels

*Méd_4 : « moi je n'ai jamais osé faire un signalement sur des trucs ou tu n'étais pas... **à mon goût qui n'étaient pas gravissimes** »*

*Méd_4 : « Alors des signalements pour enfant... Euh... Moi je n'en ai en fait jamais fait, parce que... **parce que je n'ai jamais eu de cas vraiment exceptionnel** »*

*Méd_2 : « mais je veux dire, moi je trouve, c'est pas la peine, en médecine générale, **hormis le truc où le gamin il est en danger de vie... de menace de m... menace vitale**, euh... à brève échéance quoi. Alors là, il faut, c'est une urgence, quoi »*

*Méd_2 : « a posteriori, ça me paraît très suspect, **parce que c'est la seule fois de ma vie où j'ai vu une femme enceinte** venir me voir en m'annonçant : “voilà je suis enceinte mais je ne veux pas une interruption de grossesse, je voudrais accoucher sous X”, c'est la seule fois de ma vie que ça m'est arrivé. Donc euh... quand t'as 35 ans de métier, tu te dis... tu trouves ça bizarre mais quand tu as 2 ans de recul tu.. (rires) ça... c'est passé comme une lettre à la poste, entre guillemets quoi »*

- La maltraitance ça sauterait aux yeux

*Méd_2 : « mais je veux dire que le jour où tu... te... **tu as la sonnette qui se met à faire “gling gling gling gling” dans le cerveau** »*

- Des signes qui apparaissent fantasmés ou irréalistes

*- Méd_2 : « Ah! L'enfant à qui tu fais mal et qui dit rien, j'ai trouvé ça pas no.... j'aurai trouvé ça, a priori pas normal, donc moi... euh... **l'enfant trop sage chez moi...** c'est... je trouve que c'était... ça me faisait... ça m'aurait fait tilter... »*

*[...] « tous les signes d'appel, tous les signes qui doivent... qui devrait nous faire “bing” dans la tête quoi. bon, moi j'ai cité **le cas du vaccin, le gamin que je vaccine et qui dit rien...** euh... (rires) »*

*- Enquêteur : « **Et c'est jamais arrivé du coup ?** »*

*- Méd_2 : « **NOOON... Non... euh...? Toujours un petit “aie” (en mimant la voix de l'enfant et son retrait du bras)** un petit cou... un petit pleur de quelques secondes, quoi, et puis... on le prend dans les bras, il se calme, ça je trouve que c'était... c'était... du normal-rassurant (rires) et... (rire) »*

b) La maltraitance se gèrerait d'une manière éminemment particulière
--

Un médecin semble avoir une vision de la gestion de la maltraitance dans laquelle la marge de manœuvre est très étroite

*Méd_2 : « tu as intérêt à avoir réfléchi, en amont, à “si un jour j'ai ce problème qu'est-ce qu'il faut que je fasse”, **tu as intérêt à savoir pile-poil ce que tu vas faire.** c'est ça.... ça je pense que c'est important. »*

*Méd_2 : « **C'est pas le moment de passer un coup de fil à un collègue pour savoir qu'est-ce que je faut que je fasse, quoi.** » (sic)*

c) La maltraitance serait seulement réservée à une certaine population
--

Certains médecins voient leur patientèle à l'abris de la maltraitance

*Méd_4 : « Oui, après ici, sur [le village], **on a quand même pas une population très... très cas-social, on va dire. On a pas de gros problèmes. Les gens sont plutôt calmes ici.** »*

*Méd_3 : « **moi j'étais pas dans un quartier déshérité** »*

4. Freins liés au manque de moyens perçu par les médecins généralistes

a) Le sentiment de solitude du médecin généraliste

Plus que sur d'autres sujets, et même au sein d'un cabinet de groupe, les médecins généralistes insistent sur leur solitude

*Méd_4 : « à l'époque j'étais tout seul donc en étant tout seul ben tu es tout seul, tu en parles à personne et c'est toi qui prend la décision **TOUT SEUL** »*

*Méd_8 : « nous **on est un peu seul dans notre cabinet**, justement, par rapport à ça, donc ça va être un peu compliqué pour nous de faire des signalements »*

*Méd_10 : « donc **on se débrouille tout seul!** donc ça c'est vraiment difficile... (silence) »*

*Méd_13 : « Un peu là, en général, quand **on est tout seul**, c'est un petit peu plus compliqué... »*

b) Le médecin généraliste ne trouve pas de relais

Les médecins ressentent un manque de professionnels pour les aider dans la suite de leur prise en charge ou déplorent leur incapacité à agir

- Les interlocuteurs ne veulent ou ne voudraient pas agir

*Méd_1 : « la médecin chef de la PMI, la responsable de la maltraitance et elle me disait que clairement on n'était pas du tout.. enfin que si on faisait juste pour un épisode d'hématomes une information préoccupante **le juge n'en ferait rien, euh, que ça n'irait nulle part** »*

*Méd_1 : « la pédiatre et moi j'avais pris contact avec la pédiatre, j'avais pris contact avec le médecin généraliste qui suivait la maman en leur disant que j'étais inquiète je faisais pas d'information préoccupante mais que si ils avaient eux aussi des inquiétudes, il faudrait peut-être le faire, au besoin, et la pédiatre elle me disait que... **il n'y avait pas de maltraitance...** enfin que les... la maltraitance chez l'enfant ça ne donnait uniquement des hém... des hématomes et des traces au visage... (inspiration profonde) »*

- Un manque de personnel

*Méd_8 : « [sur le département de l'Ardèche] il y a 8 postes de médecins scolaires [...], **il y en a 6 vacants, il y a 2 médecins scolaires quoi.** »*

Méd_10 : « Alors ce qui pourrait déjà être plus efficace, c'est une meilleure coordination entre ce que l'on fait nous, et... et puis les services médico-psychiatrique, parce que [...] **la psychiatrie tant adulte que enfant c'est désertique!** [...] Le CMP il est virtuel »

- Un vide de prise en charge

Méd_10 : « des mineurs qui sont en déscolarisation complète, qui traînent dans les rues, qui se droguent, qui boivent de l'alcool, ben ceux-là, **ils ne sont pas assez graves pour être pris en charge par le milieu psychiatrique, donc on se débrouille tout seuls! donc ça c'est vraiment difficile...** (silence) »

Méd_10 : « **il n'y avait aucun étayage possible en dehors de ce que je pouvais faire moi**, et de ce que le juge pouvait faire, à condition qu'il ait fait suffisamment de bêtises pour que cela justifie une prise en charge judiciaire... (silence) »

c) Une nécessité de temps ou un manque de temps

S'occuper d'un cas de maltraitance apparaît très couteux en terme de temps et d'énergie.

Méd_1 : « **j'ai passé je pense au final 2 h... au moins, à essayer de m'assurer que il y ait bien un rendez-vous** et finalement il n'y avait pas de rendez-vous qui a été pris, donc du coup j'ai fait l'information préoccupante »

Méd_1 : « **ça m'a fait perdre énormément de temps** parce que... d'aller témoigner euh... à la police et de... de devoir résumer 4 mois de suivi d'un enfant, c'est... c'est très... enfin c'est... c'est très important tout ce que tu as à dire, mais après toute la procédure de plainte des parents, procédure ordinal... euh... c'était... **c'est une perte d'énergie complète, c'est des échanges de lettres recommandées de 15 feuilles word tous les mois**, c'est... c'est... »

Méd_4 : « bon tu peux poser des questions, mais t'es... tu n'es pas enquêteurs, **tu n'as pas un temps fou à dépenser... là-dessus parce que t'as forcément, tu as la salle d'attente qui est pleine.** Euh... Pas souvent malheureusement, malheureusement tu laisses faire hein. »

Méd_13 : « plus ça va, même moi, par rapport à il y a 25 ans, **on nous demande de faire beaucoup plus qu'avant, donc à un moment donné, on peut pas tout faire, on peut pas ... On peut pas tout faire et ça devient compliqué donc euh... je... voilà. Là il faut rentrer dans la peau d'un super-héros, mais je pense que c'est un peu une utopie quoi** »

5. Freins conduisant à arrêter les procédures / baisser les bras

a) Une absence de danger immédiat

Méd_5 : « comme il n'y a pas un danger immédiat et ben finalement j'ai du mal à aller plus loin quoi. »

Méd_2 : « moi je n'ai jamais osé faire un signalement sur des trucs ou tu n'étais pas... à mon goût qui n'était pas gravissimes »

b) Le doute qui bénéficie aux parents

Méd_4 : « parce qu'on donne toujours, à tort surement, le bénéfice du doute aux parents, qui nous disent “mais non là c'est rien, il a fait ceci, il s'est cogné, là il est allé à l'école“. »

c) Un mauvais a priori sur les services sociaux

Méd_10 : « j'ai pas un a priori forcément très favorable sur les capacités des services sociaux à accompagner une famille »

Méd_4 : « Ils sont en sous-effectif »

Méd_13 : « (rire) alors la PMI... je crois pas, non, je crois que je pense pas trop à la PMI. Alors je pense que j'ai une image très négative de la PMI, sans être méchant (rire) »

Méd_6 : « Si je fais une information préoccupante, est-ce qu'ils vont faire quelque chose ? »

d) Une absence de retour sur les prises en charge

Méd_1 : « parce que je faisais l'information préoccupante, je l'ai faxé à la PMI. Et puis je... je n'ai eu aucune nouvelle »

e) Un sentiment d'impuissance

Méd_1 : « je m'étais retrouvée très très impuissante... »

Méd_6 : « ça m'a quand même... (silence) inquiétée, mais moi je n'ai rien vu. donc c'est dif... enfin je me suis posé la question qu'est-ce que je peux faire, est-ce qu'il se passe vraiment des choses et qu'est-ce que je peux faire ? (silence) »

Méd_13 : « c'est-à-dire que même si je fais un courrier, pour que la maman, ou que la famille elle aille voir, eux ils ne veulent pas y aller... parce que ils disent non, ils ne veulent pas dire que leur enfant a des problèmes, et éventuellement ces problèmes ce serait de leur faute, on revient sur la notion de faute, enfin voilà... ça reste... et ça **je ne peux pas les forcer moi.** »

6. Peurs, craintes et gênes témoignées par le médecin généralistes

a) Difficulté d'interrogatoire et peur d'être « intrusif », « invasif », « suspicieux », « agressif »

Les médecins ne se sentent pas dans une position d'enquêteur et ne veulent pas exercer ce rôle

Méd_4 : « quand tu demandes un truc il faut qu'ils te répondent honnêtement. Si ils répondent à côté, ou si ils répondent... ou s'ils te mentent, le rapport est faussé, quoi. Alors **nous on est pas des enquêteurs...** »

Méd_4 : « Alors pour essayer d'en savoir plus à chaque fois on pose des questions aux parents pourquoi ça pourquoi, ci pourquoi il est comme ça à chaque fois on a une réponse une réponse adaptée. Alors **est-ce qu'il faut aller plus loin?** »

Méd_5 : « des situations où tu peux te dire qu'est-ce que... qu'est-ce qu'on a fait quoi? est-ce qu'on va au point de faire une information préoccupante, ou est-ce qu'on les revoit régulièrement? est-ce que... **on a peur d'être invasif**, mais des fois je pense que **c'est difficile de trouver la bonne distance** »

Méd_6 : « c'est vrai qu'il s'est passé plusieurs mois, et j'ai pas... enfin j'ai pas réagi, j'ai pas eu d'appels au secours non plus, mais j'ai pas... en tout cas je suis pas rentré... je l'ai pas appelé, **j'ai pas du tout été intrusive quoi.** (long silence) »

Méd_6 : « voilà moi je pose des questions mais, s'il y a pas de réponse, bon bah... **je suis pas dans une démarche intrusive donc euh... voilà** »

Méd_8 : « un dépistage euh... qui, tout en restant attentif, **ne doit pas être complètement euh... euh... suspicieux.** »

Méd_11 : « Si les parents sont un peu... à l'origine de la situation quoi, c'est... oui, la majeure partie du temps, il y a quand même les parents à côté. donc du coup **c'est un peu plus délicat pour poser les questions si euh... qu'ils ne sentent pas... qu'ils ne se sentent pas agressés** »

b) Peur ou crainte vis-à-vis des parents

Les médecins se placent avant tout sous le jugement des parents

Méd_8 : « on a peut-être quand même, pour des gens qu'on connaît régulièrement et qu'on suit régulièrement, l'inquiétude euh... de faire que ces gens euh... nous en veuillent mortellement du signalement qu'on va faire »

*Méd_11 : « mais après pour les enfants c'est un peu plus délicat, **comme il y a souvent les parents avec (elle se mord les lèvres en aspirant)** (silence) »*

Méd_11 : « poser la question à des enfants, je pense que c'est pas compliqué, mais c'est souvent qu'il y a les parents à côté donc c'est ça qui est plus, euh... qui est plus délicat »

*Méd_12 : « maintenant **quand je la vois dans la salle d'attente**, je la regarde plus de la même façon et **je me dis “aïe, aïe, aïe”** est-ce qu'il y a... est-ce qu'il faut... voilà »*

c) Le médecin n'arrive pas à comprendre la psychologie des parents maltraitants

Le médecin est mal à l'aise avec ces parents qu'il perçoit comme si différents des autres

*Méd_4 : « soit il mentent façon volontaire, soit il mentent parce que, ils savent même pas pourquoi d'ailleurs, souvent... enfin... la maltraitance sur enfants **c'est vraiment un truc que... moi, j'ai du mal à expliquer, que je comprends pas et j'arrive pas à comprendre la psychologie des parents...** sûrement que eux ont souffert aussi mais bon, c'est un truc inex...inexplicable, inexplicable »*

d) Peur que la révélation de la maltraitance soit un désastre

La révélation de maltraitance est associée pour les médecins à l'éclatement des familles

*Méd_2 : « **la famille, s'il y a une maltraitance, elle va exploser** »*

*Méd_13 : « mais bon, c'est compliqué mais (inspiration profonde) les petits ils sont... voilà, quoi qu'il arrive, **les séparer de leurs parents, c'est... plus important... pour moi, ça va être plus grave, que ce qu'ils ont subi entre guillemets**, c'est ça qui est terrible, mais... c'est la réalité. (silence) »*

e) Peur de mettre en cause la famille

Les médecins associent la maltraitance avec les notions de faute, d'accusation et de culpabilité

*Méd_1 : « **est-ce que ça pourrait pas être son papa ou... le grand-père, paternel qui aurait fait des attouchements, et donc du coup ben on se retrouve toujours bien mal dans ces cas là...** »*

*Méd_6 : « **parce que du coup c'est les accuser peut-être... injustement** (silence) »*

*Méd_13 : « **c'est-à-dire que même si je fais un courrier, pour que la maman, ou que la famille elle aille voir, eux ils ne veulent pas y aller... parce que ils disent non, ils ne veulent pas dire que leur enfant a des problèmes, et éventuellement ces problèmes ce serait de leur faute, on revient sur la notion de faute, enfin voilà... ça reste... et ça je ne peux pas les forcer moi.** »*

*Méd_8 : « **ça m'évoque des choses, des choses difficiles...(silence) difficiles pour l'enfant, difficiles pour la famille [...]** **des familles qui se sentent aussi coupables de ce qu'ils font subir** »*

f) Gêne d'être seul avec l'enfant

*Méd_9 : « **ça m'arrive d'avoir des ados qui viennent seuls en consultation mais j'aime pas trop ça. j'aime pas trop ça, moi je préfère qu'ils soient accompagnés par leurs parents** »*

*Méd_7 : « **il faudrait que j'arrive presque à.. à amener l'idée de l'entretien individuel un peu de la même façon, quoi, à dire ben voilà peut-être que... on serait plus à l'aise tous les deux... mais du coup c'est vrai que j'ai ce problème là, j'ai toujours du mal** »*

g) Gêne à aborder la sexualité

Sur le sujet de la sexualité, la gêne des médecins transparait tant dans leur propos que dans leur expression, avec de nombreux bafouillements

*Méd_1 : « **ouais c'est difficile ça, hein...? (souples, rires, silence) Euh.... c'est compliqué, euh... pour que... quand ils viennent avec des problèmes de vul... vo... vaginite ou des écoulements de glaires, euh... du coup euh... les vaginites un petit peu fréquentes euh... ou des... [...]** **donc ça finalement on l'avait adressé à un pédo... à un pédopsy... un petit peu... euh... spécialisé qui euh... arri... arri... arriverait à faire un petit peu... par un interrogatoire que nous on ne sait pas mener... euh... vraiment bien chez l'enfant, à savoir un petit peu, voilà est-ce que l'enfant se... »***

[ce médecin parlait de manière très fluide avant d'aborder cette thématique]

Méd_2 : « une adolescente accompagnée par sa maman pour une histoire de... de **grossesse no... indésir... non... indésirée. Non désirée**, et... hein.. je... voilà.... »

Méd_6 : « [suite à l'évocation d'une enfant victime d'inceste] **euh.... en fait.... Elle, elle me... enfin je sais pas. Je sais pas exactement (long silence)** »

Méd_12 : « alors ça [les maltraitances sexuelles, ndr], **Dieu merci, j'ai jamais été confrontée à... ça. Donc bon. Alors... Je veux dire est-ce qu'il faut... (silence) chercher ? Est-ce qu'il faut... je sais pas.** »

h) La crainte de perdre de vue la famille

Les médecins ont peur qu'en brusquant les parents, ils ne reviennent plus à leur cabinet et même qu'ils s'éloignent de tout suivi médical

Méd_1 : « les parents allaient perdre confiance en la crèche en forcément, le retirer de la crèche et que du coup le patient... **l'enfant pourrait plus être suivi quotidiennement** »

Méd_2 : « tu peux d'autant plus mieux les surveiller qu'ils ont entre guillemets confiance en toi. alors, moi, la première chose à pas faire c'est bousiller ça, parce que si tu bousilles, **tu vois plus personne et alors là! va savoir ce qui se passe.** »

Méd_2 : « on te menace, verbalement. je veux dire, “la prochaine fois que vous foutez les pieds je sors le fusil” et ben... [l'assistante sociale], elle y retourne pas, hein, même si elle a un doute. et ben c'est là où je trouve que **c'était important que moi je puisse continuer à aller voir les gamins qui avaient de la fièvre.** »

Méd_3 : « c'est compliqué parce que si tu les mets en porte-à-faux, **si tu les mets tout de suite en accusation ils ne reviennent pas, ils ne veulent pas te revoir** »

Méd_5 : « j'aime pas claquer la porte, parce que je me dis que **je suis un peu le seul lien médical** »

Méd_5 : « si moi ben je fais un signalement dans leur dos, **je pense que c'est foutu après, ils s'approchent plus du cabinet, quoi.** (Silence) »

Méd_7 : « il me semblait que ça allait du coup m'inhiber dans mes... dans mes déclarations, **je me dis sinon je vais perdre le patient, et cetera.** »

i) C'est une prise de risque

Transmettre une suspicion de maltraitance apparaît comme une véritable épreuve pour les médecins

Méd_1 : « c'est se dévoiler... enfin c'est se mettre euh... clairement sous les projecteurs et de mettre dans... du coup à risque quoi... enfin je pense que c'est... euh.. (silence) euh... c'est finalement... c'est... c'est bien plus compliqué qu'un cas de médecine habituel quand tu... enfin... moi j'ai trouvé que cette situation était la plus compliquée que j'ai eu à gérer... »

Méd_12 : « parce que c'est vrai que l'on fait pas un signalement comme ça, tu vois tu peux pas... voilà c'est quand même... (silence) d'accord. »

Méd_3 : « ce genre de chose on se le traîne tout du long »

j) La peur de se tromper, l'image marquante des erreurs judiciaires

Méd_6 : « parce que du coup c'est les accuser peut-être... injustement (silence) »

Méd_8 : « on a quand même, tout un tas de faits divers, qui fait que des gens ont été traités de maltraitants alors que... ils avaient des enfants qui avaient des troubles de la coagulation »

Méd_8 : « En sachant que là aussi, la parole de l'enfant, il f... elle est à double tranchant, quand-même, hein, on en a plein de témoignages, et que... »

k) La crainte de poursuites judiciaires

Sur ce sujet, les médecins ressentent s'exposer, plus qu'ailleurs, à des ennuis judiciaires, même si les plaintes sont injustifiées

Méd_1 : « puis ça n'a pas manqué, les parents ont porté plainte contre moi au conseil de l'ordre, en disant que j'avais dit des choses fausses, forcément, comme ils mentaient à chaque phrase

[...]

j'ai été totalement blanchie par le conseil de l'ordre mais, même si on te dit au final tu as tout bien fait, au final tu gardes quand même des emmerdements, ça m'a fait des... beaucoup de... on va être polis... de... enfin... beaucoup de soucis... »

Méd_2 : « à titre personnel moi je disais aux médecins : mettez des... évitez de trop vous exposez dans ces histoires, euh... »

*Méd_13 : « il y a un tas de médecins qui ont fait des signalements **et puis que la famille elle se retourne contre, et qu'ils les ont poursuivi en procès**, et ça, quand tu lis le truc tu dis putain, moi si je fais un signalement et que les autres ils sont pas contents, **je vais me retrouver devant le juge à me justifier. Alors que toi tu essaies de bien faire, bon.***

[...]

*j'en ai encore fait une il y a 18 mois, alors évidemment je savais que j'avais raison, il y a pas de problème, mais ça te fait chier, **ça te bouffe quand-même, c'est à dire tu dors pas pendant une semaine, même si tu te dis j'ai raison, tu dors pas quand même**, et ça je pense que inconsciemment, quand tu lis des trucs, tu te dis ouh là là, dire que ci ou là... c'est un peu la société... voilà on rentre dans le déni »*

7. Les freins psychologiques témoignés par les médecins généralistes

a) Les propres interrogations des médecins sur le fait de ne pas voir

La majorité des médecins se questionne sur l'éventualité de ne pas avoir vu, ou de ne pas vouloir voir certaines situations

*Méd_1 : « au final je pense que **c'est beaucoup plus facile** et beaucoup... euh... en terme de temps et en... **presque psychologiquement de fermer les yeux et de pas la voir** »*

*Méd_2 : « mais le fait de pas en avoir vu, **je me dis que j'ai dû en laisser passer**. (silence) parce que... voilà... »*

*Méd_5 : « **je pense que des fois on passe à côté** »*

*Méd_8 : « et puis difficiles pour le médecin (silence) ce qui fait que **c'est probablement des situations qu'on a pas envie de voir**... euh... (silence) parfois ou souvent. »*

*Méd_8 : « **J'avais, mis en exergue sur un tableau métallique de notre salle commune au cabinet, un petit... dessin que j'avais découpé...***

[il décrit le dessin qui a été ajouté ci-dessous en figure 4]

*probablement euh... de temps en temps, on a pas envie de voir certaines choses qui pourrait euh... nous déranger dans notre routine ou dans... ou en tous les cas susciter euh... des consultations difficiles, ou un état des lieux qui peut... être difficile, **je pense qu'il faut que chaque médecin s'interroge là-dessus, et moi je m'interroge de temps en temps, sur mon... »***

Figure 4 : Dessin décrit par le Médecin n°8 lors de son entretien et qu'il avait affiché en salle de pause des médecins, dans un cabinet de groupe



Méd_9 : « mais... j'ai l'impression qu'on doit passer à côté de beaucoup de choses parce que... »

Méd_11 : « peut-être que je ne les ai pas cherché beaucoup beaucoup »

Méd_12 : « peut-être que moi je suis trop... peut-être que oui, peut-être que je suis trop naïve, et peut-être que je ne vois pas les choses aussi, hein, c'est possible »

Méd_13 : « honnêtement, je suis sûr que je suis passé à côté de plein... »

b) Les interrogations rétrospectives sur certains cas

- ne pas avoir été seul à ne pas voir

*Méd_2 : « personne a... **personne a posé des questions**, donc je suis.... moi... y compris moi, donc euh... voilà. »*

*Méd_2 : « donc **les parents, les grands-parents [...]** aussi étaient passé à côté du problème. »*

- le cas du remplaçant

*Méd_11 : « alors après **quand on est remplaçant**, je pense que la maltraitance on la voit... **[moins, ndr]** »*

- sans être le référent de l'enfant

*Méd_6 : « **sans suivre la petite** enfin... faire une information préoccupante **est-ce que c'est possible quoi?** »*

- la part de responsabilité du patient

Méd_6 : « c'est vrai que j'aurais pu l'appeler pour prendre des nouvelles, mais je l'ai pas fait **parce que je la suivais pas depuis longtemps, qu'on a beaucoup de... de... de patients** et que j'ai pas pensé particulièrement à l'appeler, **et que elle, elle n'est pas venue chercher l'aide.** [...] enfin j'ai pas réagi, **j'ai pas eu d'appels au secours non plus**, mais j'ai pas... en tout cas je suis pas rentré... je l'ai pas appelé, j'ai pas du tout été intrusive, quoi. (long silence) »

c) La peur de voir trop de maltraitance

Méd_2 : « bon, **ça veut pas dire qu'il faut en voir tout le temps** »

Méd_5 : « parce que je pense qu'on a peur de réagir trop vite »

Méd_8 : « un dépistage euh... qui, tout en restant attentif, **ne doit pas être complètement euh... euh... suspicieux** »

Méd_8 : « **l'obsession de la maltraitance**, c'est un petit peu, probablement, le contraire de... de... de la... de la non... du non-repérage... euh... euh... de cette maltraitance »

d) La paralysie d'évoquer le mot de « maltraitance », ou même d'« inquiétude »

Méd_6 : « ben disons que... enfin pour **dire aux parents déjà qu'on est inquiet c'est quand même compliqué quoi.** (silence) Enfin je sais pas (silence) »

Méd_6 : « oui, bah oui. parce que en fait je trouve que là ce qui est compliqué c'est que pour... **même pour appeler les services sociaux, il faut avoir des doutes, euh...** »

Méd_2 : « sans... voilà.... sans parler de... du t... d'un... que j'ai.... rien... **une suspicion de maltraitance, j'aurais jamais dit ça** »

Méd_2 : « sans parler du tout de... de... suspicion de syndrome de...**comment il s'appelle déjà, Feldman? Comment il s'appelle?** »

- Enquêteur : « **euh... Silverman?** »

Méd_2 : « C'est des choses euh... tellement... voilà, c'est... je trouve que c'est quelque chose de tellement... important et quand tu... ça te... tu te plantes cette idée dans la tête, **c'est tellement pas... tu sais plus que... (rire)** »

e) Un tabou

Méd_2 : « c'est tellement grave que j'ai pas voulu l'écrire (rire, puis silence, il baisse la tête et tourne des papiers) »

f) Le Dén

Définition du déni : mode de défense consistant pour le sujet à refuser la réalité d'une perception potentiellement douloureuse ou dangereuse pour le Moi.

Le déni protège le Moi en mettant en question le monde extérieur, sans conflictualité, puisqu'il fait coexister au sein du Moi deux affirmations incompatibles, qui se juxtaposent sans s'influencer.

Il donne au Moi la possibilité de vivre sur deux registres différents, mettant côte à côte, d'une part, un "savoir" et de l'autre, un "savoir-faire" infirmant ce savoir.

Par opposition au refoulement, le déni engendre, lui, une absence de conflictualité, puisqu'il fait coexister au sein du moi deux affirmations incompatibles, qui se juxtaposent sans s'influencer. (68)

- Discordance entre le « savoir » et le « faire »

*Méd_11 : « c'est **une ancienne toxico** enfin qui est, qui est substituée là, et du coup elle a une petite fille... **la petite fille est un peu retardée** mais je pense que... **il y a eu aussi des problèmes pendant la grossesse** du coup et... elle a dû avoir un sevrage un peu, un peu compliqué et donc je la vois régulièrement, et **elle ne parle pas à sa fille et sa fille ne...** **n'a pas un langage encore très développé**, elle est un peu... elle est un peu en retard, **mais après dire que c'est de la maltraitance, euh... je sais pas.** (silence) »*

- Enquêteur : « et euh... et alors qu'est-ce que... qu'est-ce que tu peux faire si tu repères des choses comme ça ? »

- Méd : « **si j'avais une situation comme ça ? euh...** (silence)

*[...] **oui je l'aurais signalé** »*

- Le refus de nommer la maltraitance

Les médecins exposent parfois des situations inquiétantes, mais ne les qualifient pas de maltra

Méd_2 : « Ca m'est arrivé une fois ça, une famille... **une petite fille** qui avait été sortie, **qui était pas maltraitée**, au sens euh.... physiquement, euh.... elle était nourrie, vaccinée, tout ce qu'on veut, mais... des gens tellement débiles que ils leur ont rien euh... **elle allait pas à l'école et que.... elle évoluait tranquillement vers la débilité mentale alors que... elle... elle l'était pas, euh... spontanément!** elle allait devenir comme sa mère et son père, par...par seul exemple dans la vie, quoi. Voilà.

[...]c'est elle qui a été placée pour... pour la sortir de ce milieu qui... qui était trop.... pas maltraitant, dans le sens où... ils allaient pas lui proposer une éducation auquel elle aurait eu droit[...]

Puis le père était mort (silence) d'un cancer des poumons. Ca, ça avait été une bonne chose pour la famille (rire, rire de surprise de l'enquêteur) Ah ben oui. Oui, ah oui, parce que c'était l'élément le plus toxique de tous. La mère elle était que débile, elle était gentille, pas capable de... d'avoir un projet qui tienne la route, mais voilà, pas méchante, quoi. **Le père était toxique.** Feignant, toxique, euh... **Ils vivaient dans une caravane, je sais pas à combien là-bas dedans... ça puait!** (rires) »

Méd_12 : « tu vois la patiente dont je te parle [une patiente sur laquelle le médecin avait déjà des doutes car une voisine lui a dit : “oh la la, tu sais bien, tu sais pas, elle habite dans mon immeuble, exetera, **j'entends crier, hurler, taper, je crois qu'elle elle tape ses enfants**”, ndr], avec le recul, mais aussi là, ça peut être lié à plein de choses différentes donc **on ne peut pas attribuer cela à la maltraitance**, j'en sais rien, avec le recul **une petite gamine de 4 ans, qui ne parle pas-du-tout. qui est toute petite, qui est toute maigrichonne** et qui ne parle pas du tout, donc **je pense que la mère ne lui parle pas**, mais est-ce que est-ce que c'est lié, est-ce que c'est pas lié, tu vois, **tu peux pas l'attribuer...** c'est difficile, hein franchement, c'est vachement délicat hein (silence) »

- L'évitement

- Méd_11 : « c'est la pharmacie qui m'a rappelé parce que j'avais prescrit du... du de l'oxomemazine, du toplexil [...] en fait la pharmacie a dit... a rappelé en disant en fait la maman elle le donne plus pour faire dormir l'enfant, donc **c'est une sorte un peu de maltraitance, euh... mais j'avais rien remarqué** [...]

Et après je l'ai pas revu parce que la maman a fait des euh... des... comment on dit... euh... des euh... elle a modifié mes ordonnances, une falsification d'ordonnance, donc je l'ai rappelé, je lui ai dit que je ne voulais plus la voir, et donc je ne l'ai pas revu. Du coup c'est un peu court comme expérience mais... »

g) Minimisation, banalisation

Méd_2 : « j'avais une famille difficile avec un peu de violence, mais.... pas trop en intrafamilial. »

Méd_2 : « j'ai eu des familles... suffisamment euh ... peu bienveillantes... enfin... pour favoriser des prises en charge après par... famille d'accueil... »

Méd_9 : « je pense qu'il y a des enfants qui prennent des fessées, **qui prennent des fessées peut-être trop souvent, peut-être trop de façon trop importante** mais... je le vois pas. »

h) Identification ou attribution de circonstances atténuantes au(x) parent(s)

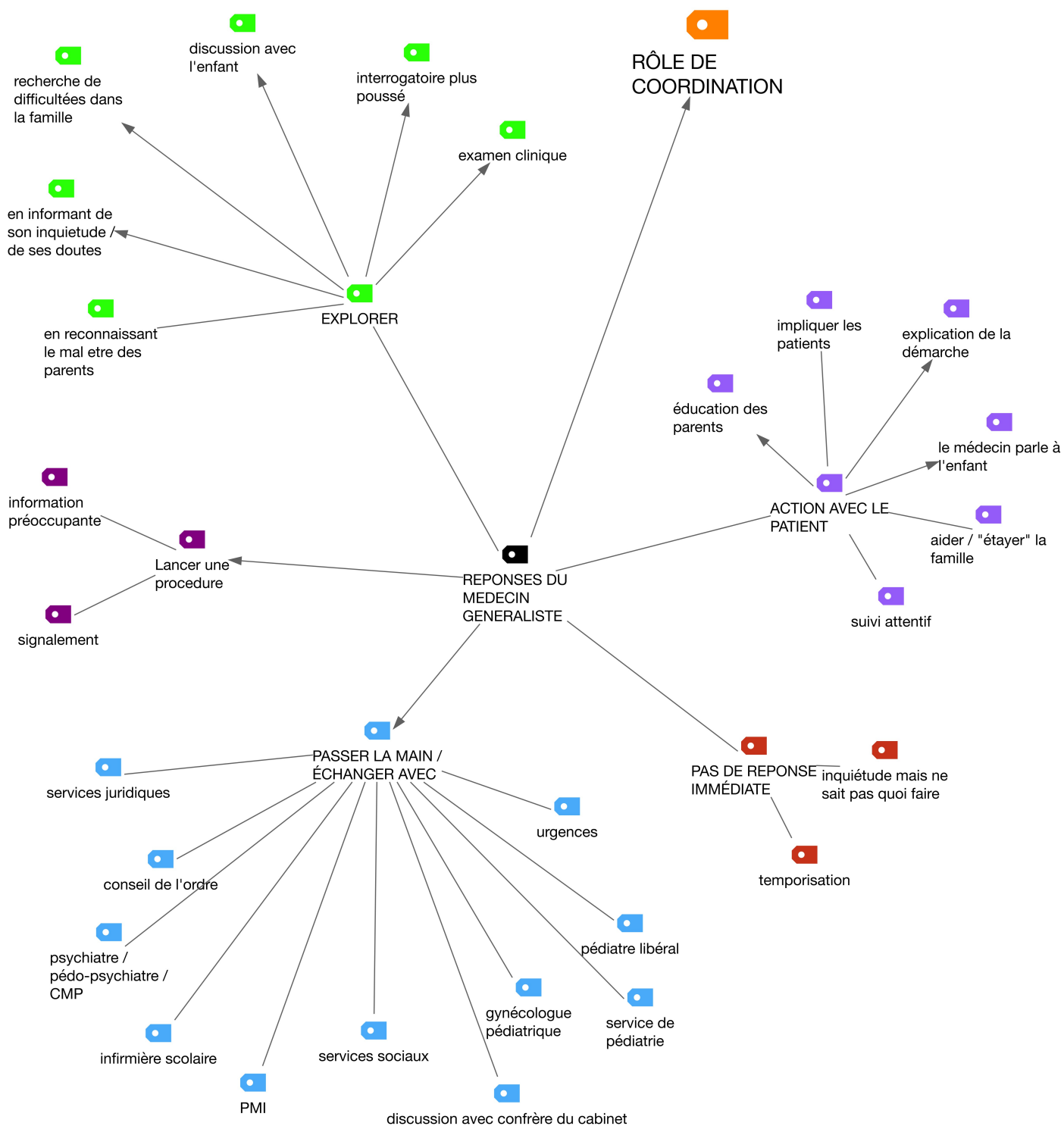
Méd_8 : « La deuxième chose ça m'évoque des choses, des choses difficiles...(silence) difficiles pour l'enfant, **difficiles pour la famille**, avec probablement euh... de temps en temps, des grosses d'ambiguïtés familiales, des... (silence) des familles **qui se sentent aussi coupables de ce qu'ils font subir, parfois**, et puis difficiles pour le médecin (silence) »

Méd_9 : « C'était l'enfant d'un de mes patients qu'il avait eu d'un premier mariage et en fait sa nouvelle femme pouvait pas le supporter et donc j'ai appris que, **souvent pour le punir il dormait dans la voiture** et que... **c'est vrai quand même ils étaient quatre enfants donc ils n'avait peut-être pas énormément de moyens**, mais il avait des vêtements, ben lui un peu plus que les autres, euh 'pouraves', des chaussures trouées des choses comme ça. »

Méd_9 : « et j'en parle aux parents ou... en disant **moi j'arrive à comprendre presque qu'un gamin soit secoué parce que quand tu as passé 15 mauvaises nuits d'affilée que tu vas bosser que t'es crevé que le gosse tu lui as donné à bouffer tu l'as changé machin quand il se réveille encore quatre ou cinq fois la nuit en hurlant tu peux presque comprendre qu'il y ait un père exacerbé** qui... lui dise « maintenant il y en a marre tu vas t'arrêter » enfin tu vois c'est horrible mais... donc ça j'en parle des fois aux parents je leur dit que bien sûr il faut pas le faire. Tu vois des fois pour aborder un peu la question »

C) LES RÉPONSES APPORTÉES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Figure 5 : Carte Heuristique des réponses apportées par le médecin généraliste



1. Explorer la situation

a) À l'aide d'un interrogatoire plus poussé

Méd_9 : « *Donc voilà mon attitude ça a été... [...] j'ai posé des questions après je sais, hein, puisque après je me suis tenu au courant de comment les choses avançaient.* »

Méd_13 : « *ou même des fois aussi un peu interroger [les parents, ndr]... j'ai vu le cas récemment... des fois les parents ils le disent, hein* »

Méd_6 : « *la consultation s'est bien passée, je sentais vraiment une maman attentive... donc ce jour-là j'ai pas eu d'inquiétude. (long silence)* »

Méd_5 : « *j'avais eu le papa aussi au téléphone je pense que ça avait été peut-être plus efficace, différemment, d'en discuter avec le papa* »

b) La recherche de difficultés dans la famille

Méd_6 : « *d'en parler et... de vraiment voir qu'ils sont en difficultés* »

Méd_8 : « *j'ai eu des enfants en difficultés dans des couples qui fonctionnent mal, [...] je suis très attentif à essayer de dégoupiller et de repérer la souffrance de l'enfant à travers le truc, essayer de mettre les enfants à distance des conflits, et je crois qu'on y arrive relativement bien, euh... dès qu'on évoque les choses, et qu'on en parle quoi* »

c) L'examen clinique

Méd_11 : « *je l'examinerai quand même un peu plus profondément, pour voir s'il n'y a pas de marque de euh... de traumatisme, des ecchymoses, des griffures, des choses comme ça...* »

Méd_6 : « *Moi c'est vrai que très fréquemment on s'aperçoit qu'il y a des enfants qui ont des hématomes mais c'est sur les tibias ou des trucs comme ça bon [...] moi quand je demande de les déhabiller ils cherchent pas à rien cacher spécialement.* »

d) La discussion avec l'enfant

*Méd_10 : « quand il y a une situation un peu délicate, je sollicite très souvent le fait que les parents sortent de la... de la consultation **pour que je puisse m'adresser directement à l'enfant, quand je sens qu'il y a peut-être des choses qui pourront me dire plus facilement en l'absence des parents** »*

*Méd_12 : « Mais l'avantage d'avoir une pièce un peu à part, c'est que tu peux un peu fermer la porte et **isoler un peu quand tu as des choses à dire**, ça c'est pas mal.. »*

e) Informer de son inquiétude, de ses doutes

*Méd_1 : « **je lui ai bien signifié que j'étais inquiète** pour la petite et je lui ai demandé de prendre un rendez-vous auprès d'un pédiatre et que j'allais m'en assurer pour que... »*

*Méd_5 : « je sais pas si en tant que parents je me dis que je préfère me mettre les parents à dos. mais voilà si j'ai le moindre doute pour le gamin **je pense que déjà j'en parlerais avec les parents, je dirais voilà je... là je suis inquiet, je me pose la question, je suis inquiet ça m'interpelle, est-ce que vous voulez m'en parler.** »*

f) Reconnaissance du mal-être du patient

*Méd_5 : « **en disant que tu les sens dépassés ou, ou en difficulté avec cet enfant** qui est peut-être turbulent, qui est peut-être difficile à gérer, qui est peut-être machin »*

*Méd_8 : « **j'essaye de... d'écouter, de parler, évoquer les situations, peut-être quelquefois de dédramatiser aussi.** »*

2. Le médecin agit seul avec la famille ou l'enfant

a) Le médecin parle à l'enfant

*Méd_13 : « **Par contre je le dis à l'enfant.** C'est-à-dire que moi j'aime bien dire aux enfants, bon **j'ai bien vu que tu as des problèmes**, tu as des soucis euh... ça je... **c'est très important qu'il l'entende** c'est-à-dire qu'ils se disent : “ok, il y a quelqu'un quand même quelqu'un qui m'a dit que j'avais des problèmes, que lui s'en était rendu compte“ »*

b) Le médecin tente d'éduquer les parents

*Méd_1 : « des parents qui t'amènent quand leur enfant est à 40 depuis 5 jours, qu'il frissonne et qu'il a les lèvres bleues... euh... **bon, la première fois tu les alertes...** (rires) »*

*Méd_1 : « **on a expliqué les signes de gravité** de la fièvre »*

*Méd_9 : « [à propos des bébés secoués, ndr] **donc ça j'en parle des fois aux parents, je leur dis que bien sûr il faut pas le faire.** Tu vois des fois pour **aborder un peu la question** »*

c) Le médecin implique les patients

Le médecin donne des conseils aux patients ou leur demande d'accomplir certains actes

*Méd_1 : « **je lui ai demandé de prendre un rendez-vous auprès d'un pédiatre et que j'allais m'en assurer** pour que... d'être sûr que il y ait bien un rendez-vous prévu »*

*Méd_1 : « **je lui ai demandé absolument de passer au biberon et d'aller faire contrôler le poids de la petite d'ici trois quatre jours et donc j'ai conseillé de se mettre en relation avec la PMI** »*

d) Le médecin tente d'aider et "d'étayer" la famille

*Méd_1 : « **plusieurs fois j'ai appuyé des demandes... demande d'accueil en crèche quand je voyais des familles dépassées, parce que je pense que la crèche à la fois elle surveille l'enfant et donne une autre ouverture et soulage les parents** »*

*Méd_10 : « voilà, avec une l'idée c'est pas c'est pas une.. une surveillance policière c'est au contraire **expliquer à la famille qu'ils ont besoin d'aide et que il y a un accompagnement possible à faire quoi.** »*

*Méd_13 : « **on l'a pas aidé au bon moment.... c'est-à-dire que si on met un peu plus d'étayage autour d'elle, on peut arriver à la rééquilibrer et qu'elle puisse de nouveau s'occuper de ses enfants et ne pas être agressive envers ses enfants** (silence) »*

*Méd_4 : « Mais l'expérience euh... qu'on a, enfin que j'ai moi sur la maltraitance à enfants, c'est presque toujours, si c'est un hasard ou quoi, mais presque toujours, **un abus sexuel.**
[...] **On fait simplement du soutien médical et du soutien psychologique. Moi souvent, je les vois, je leur parle, je prends plus de temps avec eux qu'avec les autres. Je les envoie chez la psychologue s'ils veulent bien** »*

e) Le médecin explique la démarche aux parents

Méd_5 : « je pense qu'il faut vraiment essayer d'expliquer aux parents la démarche en disant que tu les sens dépassés ou, ou en difficulté avec cet enfant qui est peut-être turbulent, qui est peut-être difficile à gérer, qui est peut-être machin »

Méd_10 : « il m'est arrivé d'avertir les services sociaux, en concertation avec les parents, en disant “ben là vous avez besoin d'une aide, donc je vous propose la démarche de faire intervenir les services sociaux à la maison pour vous aider à repérer un petit peu ce qu'il se passe, les conditions de vie, les aides éventuelles à apporter” »

Méd_13 : « et puis la maman, à un moment donné, des fois on peut lui dire ben voilà, on peut lui dire on voit bien que vous ça va pas, on va vous aider »

f) Le médecin prévoit un suivi plus attentif de la famille

Méd_1 : « on redonne des rendez-vous plus rapides... on essaye des les convoquer, moi dans ce cas là j'essaye de les convoquer, je leur dis ben on fixe un rendez-vous dans une semaine, dans un mois, à chaque fois et... »

Méd_5 : « du coup je la suis elle est suivie par une psychologue très régulièrement mais mais moi je la vois une fois tous les mois ou tous les deux mois pour poser un peu les choses, globalement quoi. »

Méd_9 : « après je sais hein puisque après je me suis tenu au courant de comment les choses avançaient »

3. Le médecin passe la main ou demande un avis

De nombreuses personnes et structures ressources ont été évoquées par les médecins, auprès desquelles ils peuvent demander un avis, une aide, où vers qui ils peuvent adresser les patients

a) Un confrère du cabinet

Méd_11 : « je pense que j'en aurai discuté aussi avec mes collègues, oui parce qu'ils sont peut-être plus... ils ont peut-être plus d'expérience »

b) Des confrères pédiatres

Méd_2 : « j'avais un correspondant que tout le monde avait ici c'était **le pédiatre** qui était très.... il s'appelait Dr [...]... qui était... qui a arrêté il y a pas longtemps mais qui avait une activité à la fois libérale et à l'hôpital, donc.... moi je passais... **quand j'avais un problème je passais par lui** »

Méd_4 : « tu passes la main, parce que **il faut passer la main. Pédiatre, psychologue...** »

Méd_6 : « ben je pense que je demanderai un avis... (silence) tout dépend, **je pourrais demander sois un avis à une pédiatre en ville**, mais là ça serait plus... qu'elle me dise ce qu'elle pense, elle, de cet enfants, sur son état de santé. »

Méd_1 : « moi j'avais à faire aussi **à une gynéco pédiatrique** »

c) Au milieu psychiatrique

Méd_1 : « **à un pédopsy...** »

Méd_2 : « **Je l'ai adressée immédiatement à une psychiatre** qui est une de mes correspondantes »

Méd_9 : « **Donc je l'ai envoyé à la psychiatre [du secteur]** »

Méd_13 : « donc après c'est vrai que des fois, on essaye, **quand la famille accepte un suivi psychologique, on les envoie au CMP**, ici c'est à côté de l'hôpital »

d) Aux urgences

Méd_1 : « **j'ai prétexté euh... un vomissement**, qui n'avait pas eu lieu en réalité, **pour que les parents ils aillent consulter aux urgences**. De mon côté j'ai appelé les urgences en leur disant : l'assistante maternelle a dit qu'il y avait un vomissement, il y en a pas eu, par contre... euh, on avait pas réussi en amont en fait à travailler avec le médecin gé... euh... la... la pédiatre et moi j'avais pris contact avec la pédiatre, j'avais pris contact avec le médecin généraliste qui suivait la maman en leur disant que j'étais inquiète **je faisais pas d'information préoccupante mais que si ils avaient eux aussi des inquiétudes, il faudrait peut-être le faire** »

Méd_3 : « Je connaissais personne puisque j'étais en garde et j'ai dit “monsieur vous prenez votre gamin, avec votre épouse, vous montez dans votre voiture, et **je vous accompagne aux urgences**”. »

e) En service de pédiatrie

Méd_13 : « parce que alors, moi souvent j'adresse au service de pédiatrie, c'est-à-dire que je dis oulala, des fois même je... j'augmente la gravité du problème en disant non non non, mais là il faut vraiment aller à l'hôpital, faut vraiment, voilà, faire une prise de sang, pour faire des radios, pour faire ci, pour faire ça, et puis après j'appelle le service de pédiatrie »

Méd_10 : « je me souviens avoir déjà [...] adressé un enfant à l'hôpital alors que c'était pas forcément médicalement justifié, mais parce que justement j'avais un doute »

f) Auprès des services judiciaires

Méd_5 : « j'appelle direct le procureur, pour le truc urgent quoi. »

Méd_9 : « si j'ai plus qu'un gros doute après oui c'est le juge des enfants que je contacterais mais ça j'ai jamais fait »

g) Appel au Conseil de l'Ordre

Méd_6 : « il est venu me voir pour me demander des certificats, attestant qu'il y avait des... des sévices corporels sur ses filles. sauf que je... je n'en savais rien et du coup j'avais appelé le conseil de l'ordre pour me renseigner »

h) Vers l'infirmière scolaire

Méd_5 : « voilà le couple était séparé et ça retentissait sur la gamine, qui du coup avait des soucis de propreté, mais du coup là j'avais essayé d'avoir l'infirmière scolaire au téléphone, pour avoir un avis extérieur »

i) Auprès de la PMI

Méd_1 : « sinon... en se mettant en relation simplement avec la PMI des fois, en essayant d'échanger à plusieurs et de se faire une vision d'ensemble quand même... pas rester tout seul dans son cabinet... »

Méd_5 : « je pense que je passerai par la PMI pour une enquête sociale ou une évaluation par le médecin à domicile. »

Méd_7 : « oui alors avant de... c'est officiel, j'appelle toujours la PMI de secteur. »

j) **Auprès des services sociaux**

Méd_10 : « j'avais appelé au service social de... de [la ville], donc sur les quais pour dire "voilà bah j'ai une famille untel qui est en difficulté et qui aurait besoin de la visite... voilà" »

Méd_13 : « donc si moi je vois que je n'y arrive pas, euh... alors soit j'essaye de voir si il y a déjà une assistante sociale qui est intervenu au domicile... mais alors par des biais différents : je leur dis ben oui vous avez des difficultés financières, comment ça se passe, ah ben tiens donnez-moi le numéro de l'assistante sociale, je vais voir avec elle »

Méd_1 : « on avait joint directement l'éducatrice de l'AEMO en lui demandant qu'est-ce que on fait? »

4. Des médecins ont lancé des procédures :

a) **Un signalement**

Méd_7 : « une petite fille qui avait, qui était.... ça tu reconn... qui était complètement repliée sur elle-même quand on l'examine et qui était comme une poupée poupée de chiffon qui avait des coups au niveau des poignets... donc là du coup j'ai fait... j'avais appelé le... le centre médico-social d'ici, et puis après j'avais fait un... un signalement au procureur »

Méd_13 : « donc là c'est l'enfant qui m'a dit que elle avait été euh... violée par son père, donc euh... ben là j'ai vite appelé le procureur »

b) **Une information préoccupante**

Méd_7 : « [sur les formes de maltraitance] un peu plus frustrés, là, les carences de soins, quoi... ben là c'est plus difficile parce que du coup moi je fais... pour moi comme n'est pas dans un danger physique immédiat, je fais plus ce qu'on appelle les informations préoccupantes, là, euh qu'on écrit donc à la CRIP »

Méd_2 : « finalement il n'y avait pas de rendez-vous qui a été pris, donc du coup j'ai fait l'information préoccupante »

5. Un médecin souligne que le médecin généraliste a avant-tout un rôle de coordination

Méd_7 : « je dirais que... [les médecins généralistes] on est plus dans... à mon avis on a un rôle de coordination. C'était pas encore.. entre euh... ce que... souvent, je me suis aperçu que les services sociaux attendent beaucoup de nous. Parce que ils vont dire que si nous on fait une information préoccupante, ça apportera beaucoup plus si nous on fait des rapports. Et pourtant nous on dit "oui mais ça c'est du social, c'est pas notre rôle" (silence) et finalement de... de faire cette... ce signalement on dit "tiens, c'est inquiétant" le simple fait de le faire souvent, ben permet de débloquer la machine que je trouve moi beaucoup plus trop lente, avec très peu de réactivité, ça permet de relancer une dynamique, parce qu'on a quand même un poids moral, que n'ont pas ben la puér' de secteur. Ca je m'en étais pas rendu compte moi avant... que pour moi, je restais dans... au départ dans mon exercice sur quelque chose de très... très médical, quoi, à chercher des bleus et des bosses, alors que finalement, les bleus et les bosses ça se voit, ça se voit... [les services sociaux ou la PMI] arrivent à peu près à faire, c'est plus ces carences de soins ou tous ces trucs où... où on se doute si... y aurait pas de l'inceste, où ça traîne, où... »

6. Dans certains cas le médecin ne trouve pas de réponse immédiate

a) Parfois le médecin temporise

Méd_5 : « des fois tu as même pas le carnet de santé et c'est difficile du coup de... tu t'inscris pas dans la durée et comme il n'y a pas un danger immédiat et ben finalement j'ai du mal à aller plus loin quoi. »

Méd_8 : « on n'a pas envie de lancer euh... une procédure, euh... à partir du moment où... les suspicions ne sont pas certaines. »

Méd_11 : « ben peut-être que déjà j'attends de voir sur une ou deux consultations pour être bien sûr-sûr, que j'ai... qu'il y a un doute, et ensuite, euh... »

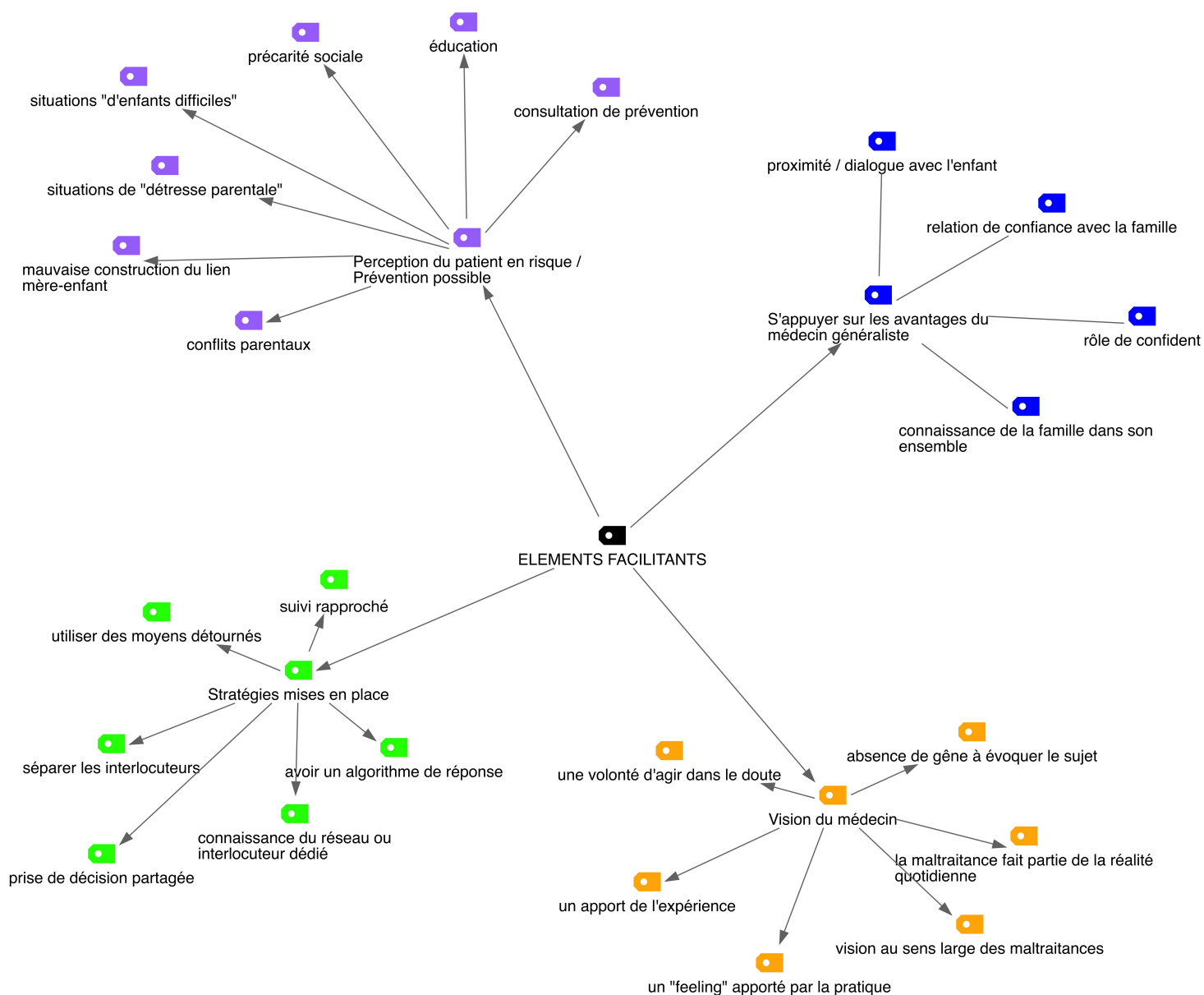
b) Le médecin ne sait pas quoi faire, même s'il est inquiet

Méd_4 : « on commence à avoir des doutes, mais ce qui est compliqué pour nous c'est savoir si il faut faire un signalement ou pas et quand il faut le faire. On est toujours... C'est toujours un problème... et je pense que des fois on passe à côté parce qu'on fait pas le signalement, parce que on se dit : mais.... parce qu'on donne toujours, à tort surement, le bénéfice du doute aux parents »

Méd_6 : « quand j'ai eu la personne d'après, elle m'a dit qu'elle avait été inquiète parce qu'elle avait trouvé que... cette maman avait... avait été violente avec son fils, euh, verbalement, euh... dans la salle d'attente. Mais bon, j'ai pas vraiment pu en tenir compte et... depuis il y a pas de... il n'y a pas eu d'évolution parce que.... il n'y a pas eu d'évolution mais la maman m'a dit l'autre jour en rigolant, euh, ne vous inquiétez pas, les voisins... euh... ont appelé les services sociaux pour mener une enquête... euh... donc on va peut-être vous... pour poser des questions. Elle a dit ça en rigolant et... ça m'a quand même... (silence) inquiétée, mais moi je n'ai rien vu. donc c'est dif... enfin je me suis posé la question qu'est-ce que je peux faire, est-ce qu'il se passe vraiment des choses et qu'est-ce que je peux faire ? (silence) »

D) LES ÉLÉMENTS FACILITANT LE DÉPISTAGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Figure 6 : Carte Heuristique des éléments facilitants le dépistage par les médecins généralistes



1. Dans la vision du médecin généraliste

a) La maltraitance fait partie de la réalité quotidienne

Méd_1 : « ça c'est typiquement une maman je pense qui sans le vouloir pouvait... aurait pu être nerveuse avec son enfant »

Méd_13 : « on voit l'enfant des fois ils ont des faciès, ils sont pas bien, ils ont des bras... et puis après quand on fait des radios, on se rend compte qu'ils ont 10-12 fractures, enfin c'est des trucs des fois, ah c'est terrible (inspiration profonde) mais la réalité elle est là »

Méd_13 : « parce que, je pense que la maman, des fois elle devait... quand elle pétait un câble, elle pétait un câble, c'est-à-dire que peut-être que, elle a fait des choses qui... des fois elle me dit, elle dit "ben oui, des fois je suis énervée, je les bats un peu, je leur donne une tape", enfin... alors il y a ce qu'elle dit, enfin c'est l'éternel problème. C'est comme les buveurs, (rire) ils te disent je bois un verre mais ils en boivent 10, enfin... Elle dit "ah, ben moi je lui ai donné une tape", et bon je... peut-être que "je l'ai enfermé dans le placard", peut-être que voilà... »

b) Vision globale, au sens large des maltraitements

Les médecins ne s'arrêtent pas à la maltraitance physique et reconnaissent d'autres formes de maltraitance

Méd_7 : « bon c'est vrai que moi je distingue à chaque fois une maltraitance physique qui est pour moi quelque chose de plus rare, de tout ce qui est carence éducative [...] avec plus une souffrance qu'on sent psychologique. »

Méd_13 : « ben la maltraitance ... Ben oui, ben c'est pareil pour les personnes âgées, elle peut être active, passive... chez les enfants aussi, les maltraitements ça peut être... mais, on n'est jamais là, ça peut être laisser le gamin pleurer toute la nuit dans sa merde, ce qui est terrible, c'est qu'après quand on voit le gamin en grandissant »

Méd_13 : « il y a une précarité... sociale, enfin sociale, familiale et précarité aussi affective, c'est ça qui joue aussi beaucoup, parce que l'affectif ça joue quand même beaucoup sur toutes ces histoires là, parce que l'agressivité qu'on va mettre vis-à-vis de ces gamins, c'est quelque part... ailleurs qu'il n'y a pas un équilibre »

c) Absence de gêne à évoquer le sujet

Méd_7 : « finalement, avec le recul, et ben je m'aperçois que j'arrive, finalement, à... à pouvoir dire “et ben écoutez ça va pas moi, j'estime que vous avez des difficultés dans votre rôle de parents, qu'il faut vous accompagner et.. c'est mon devoir de le faire” et comme... et ben en général ça se passe pas trop mal, j'ai pour l'instant pas perdu de famille »

Méd_7 : « maintenant, j'ai trouvé la solution pour présenter mon signalement, pas comme une punition mais comme une aide obligatoire parce que je ne peux pas faire autrement »

Méd_8 : « je pense que j'essaye de faire ça, c'est à dire que je pense que quand je suis inquiet je suis capable, maintenant, parce que j'ai peut-être plus de bouteilles, de dire aux gens : “écoutez je suis inquiet pour ça et ça, rassurez-moi, qu'est-ce qui se passe?” »

Méd_13 : « Faut pas trop se prendre... enfin... Il y a pas de mal-être, il faut dire les choses »

d) Une volonté d'agir, même dans le doute

Méd_5 : « Je pense que dans le doute, je préfère en faire trop que pas assez mais.... »

Méd_10 : « ce que je peux en dire, c'est que les fois où j'ai eu un doute, j'ai tendance à envoyer à l'hôpital justement pour euh... pour qu'il y a un regard extérieur, pour avoir des preuves... un petit peu plus précises »

Méd_10 : « moi je suis prêt à prendre ce risque là [de contacter les services sociaux, ndr] dans la mesure où si c'est bien présenté et qu'il y a une relation de confiance qui s'est créé à ce moment-là, il y a peu de risques que ce soit refusé ou mal pris »

e) Un apport de l'expérience

Méd_1 : « je pense que je re-ferais exactement pareil parce que le fait de... enfin... j'aurais tendance à dire que le fait d'avoir eu la plainte... euh... fait que je n'ai pas... fait que je fais l'information préoccupante beaucoup plus facilement, mais que... donc avant j'aurais été plutôt à me laisser le temps et à me dire de réfléchir euh... quitte, à ce que ça me mette un petit peu euh... dans l'embarras mais pas faire trop... enfin ne pas... entraîner... d'inquiétude pour la famille ou pour tout le monde et une procédure qui risque de pas aboutir facilement, maintenant j'aurais plus tendance à dire l'information préoccupante, c'est quelque chose qui permet... dire juste qu'on est préoccupé et que en fait il faut la faire beaucoup plus facilement... »

Enquêteur : « **tu m'avais dit, "j'ai un peu peur de perdre les parents de vue" et entre-temps, tu as...** »

Méd_7 : « **oui [...] j'ai fait une information préoccupante, il y a eu une enquête et tout, et il a fallu placer les enfants. [...] Autant ça a été un déchirement... total, quoi, c'était... il y avait les pompiers parce qu'elle voulait pas... [...] Et ben elle est venue après... Alors que j'étais persuadée que c'était fini quoi.**

[...]

Oui oui et c'est vrai que moi je me disais c'est complètement idiot de devoir... dire que c'est toi qui... Ben en fait, c'est vrai que finalement [...] c'est quand même pas la justice, quoi »

f) Un sens clinique, un « feeling » apporté par la pratique

Avec l'expérience, certains médecins disent repérer plus facilement les situations où ils doivent être vigilants et rapportent des signes presque impalpables qui leur ont mis la puce à l'oreille :

Méd_1 : « **oui c'est sûr que l'enfant à coliques, l'enfant qui est pleureur, il est beaucoup plus à risque donc du coup on essaie d'être plus vigilant sur comment les parents ils arrivent à relativiser, est-ce qu'ils arrivent à le confier à quelqu'un d'autre, est-ce qu'il arrivent à... à prendre sur eux, à pas le secouer, et caetera. C'est plus un... un "feeling"... (silence) »**

Méd_7 : « **pareil, la petite était encore toute molle, toute poupée de chiffon. (silence) C'est des enfants qui s'abandonnent complètement euh... à l'examen clinique, il y a un truc très étrange chez... les rares fois où j'ai vu ça c'est... (silence) c'est....t'as... t'as... ils s... on dirait qu'ils se détachent de leur corps, quoi, quand tu les examines. (silence) C'est... très surprenant (long silence) »**

Méd_13 : « **[à propos d'un cas de découverte d'inceste :] ils venaient pour... autre chose, hein, c'était une angine ou je ne sais pas quoi, [...] et puis... et puis je voyais que l'enfant était pas... pas... alors je lui dis mais tu as autre chose à me dire ? Et en fait elle m'a dit, c'est assez étonnant parce qu'elle l'a dit assez rapidement »**

Méd_13 : « **on voit l'enfant des fois, ils ont des faciès, ils sont pas bien, ils ont des bras... et puis après quand on fait des radios, on se rend compte qu'ils ont 10-12 fractures »**

Méd_13 : « le médecin généraliste, il connaît tout le monde, c'est ça qui est vachement bien, c'est qu'on soigne euh... les parents, les grands-parents, la famille, on voit... et puis des fois, on est même appelé en visite chez eux, alors **on voit ce que ce qu'il se passe, c'est là des fois où (il souffle fort) on se dit “oula“... c'est pas normal, il y a quelque chose qui n'est pas net, euh...** après on peut toujours appeler l'assistante sociale, on peut toujours... »

2. Stratégies mises en place par les médecins généralistes

a) Avoir un algorithme de réponse

Méd_10 : « donc voilà **dans ma tête il y a deux démarches** : soit la situation de gravité potentielle où j'ai besoin de... d'appui de l'hôpital pour faire la part des choses et la situation intermédiaire où je peux négocier avec la famille que... il y ait une tierce personne des services sociaux qui mette leur nez dans leurs affaires.

[...] **en gros j'ai deux situations caricaturales : la situation grave : c'est l'hôpital, la situation pas grave : c'est on se débrouille avec les moyens qu'on a, soit tout seul, soit avec l'aide des services sociaux ou de l'assistante sociale, de... de l'infirmière... de la PMI éventuellement, de la psychiatrie du CMP si on peut... »**

b) Utiliser des moyens détournés

Méd_13 : « donc si moi je vois que je n'y arrive pas, euh... alors soit j'essaye de voir si il y a déjà une assistante sociale qui est intervenu au domicile... mais alors par des biais différents : **je leur dis ben oui vous avez des difficultés financières, comment ça se passe, ah ben tiens donnez-moi le numéro de l'assistante sociale, je vais voir avec elle, si je peux vous aider, parce qu'il faut pas attaquer de front en général, si on attaque de front ils se ferment** [...] **Il faut biaiser quoi (sourire) »**

Méd_13 : « Il faut un peu d'expérience, pour arriver à **dévier la situation sans que les parents, la famille se ferme**, et moi, voilà, pour ça **je n'hésite pas à dire : “oulala, il y a peut-être une appendicite, il faut l'envoyer à l'hôpital tout de suite“** (rire) et après j'appelle, je dis : écoutez, je vous l'ai envoyé pour une appendicite mais on s'en fout (rire) et finalement au moins, j'ai, voilà... **j'hésite pas à mentir**, ça c'est pas un problème, c'est pas compliqué hein »

c) Un suivi plus rapproché

Méd_1 : « **on redonne des rendez-vous plus rapides... on essaye des les convoquer, moi dans ce cas là j'essaye de les convoquer, je leur dis ben on fixe un rendez-vous dans une semaine, dans un mois, à chaque fois** »

Méd_4 : « **Donc là toi tu prends la petite en charge [...] tu la surveilles de près** »

d) Séparer les interlocuteurs

Méd_13 : « **puis le problème c'est s'il y a le papa avec ou pas, ça s'est radicalement différent, quand il y a le papa, je vois bien que toute façon c'est fermé, c'est bouclé, là on dit rien, c'est même pas la peine de continuer, parce qu'en plus je vais la mettre en danger, c'est-à-dire que si je commence être intrusif je sais que quand elle va rentrer à la maison elle va s'en prendre plein la gueule, voir les gamins aussi. Donc je dis "oui, d'accord, ben écoute... et... vous reviendrez pour le vaccin", machin, voilà... alors avec un peu de bol elle revient sans le père, et là on peut discuter. Donc voilà, c'est des fois séparer les... notamment si c'est lui qui est dangereux, parce que souvent c'est quand même... il y en a un qui... (rire)** »

Méd_13 : « **alors des fois dans des grandes fratries ça vaut le coup, des fois il y a des frères et soeurs qui disent... c'est... mais il faut arriver à les voir, parce que des fois quand je dis des grandes fratries...** »

e) La connaissance du réseau facilite beaucoup la prise en charge

Méd_7 : « **non, ça en fait c'est parce que quand j'ai appelé, j'ai de bonnes relations du fait d'avoir beaucoup de pédiatrie, avec la PMI avec, du coup, la puéricultrice de secteur qui fait toutes les visites maternelle, et cetera, et qui du coup je connais aussi les assistantes sociales, donc du coup ça a été, petit à petit, mon réseau personnel, quoi. Parce que le fait de connaître la puéricultrice m'a fait connaître la sage-femme de PMI, donc on a pu suivre aussi, ensemble, toutes les familles** »

Méd_10 : « **ça va bien si je connais la personne qui risque d'intervenir mais, si je ne connais pas, je peux comprendre que ça ne soit pas très évident pour mes confrères** »

f) La prise de décision partagée

Méd_7 : « en même temps que je fais les informations préoccupantes j'appelle souvent ici la puer' de secteur ou la PMI d'ici, les assistantes sociales, pour leur dire "voilà je fais une information préoccupante sur cette famille", et c'est là qu'on me dit "ben oui effectivement nous aussi on n'arrive pas à y aller", souvent le simple fait d'échanger nous permet de constater que tout le monde se trouve un peu en échec. »

Méd_8 : « Je pense que c'est extrêmement difficile de prendre une décision seul, sauf si les choses sont immédiatement évidentes »

Méd_13 : « tu vois ça c'est assez intéressant, quand il y a de médecins qui se mettent ensemble, ça ça peut être un truc d'exploitation, parce que là le médecin, il se dit ce n'est pas que l'on a que moi, il n'y a pas que moi qui pense ça, c'est ce qu'ils on mis en place par exemple, les commissions... le fait d'avoir cette responsabilité partagée entre deux médecins, c'est vachement intéressant [...] tu as moins de stress, tu dis ben non, on a dit ça à deux, donc ça veut dire que, il y a moins de risques que je me trompe, tu peux dire voilà, ça permet, ça peut être pas mal. C'est de partager cette décision. C'est un poids moins important, inconscient en tout cas. »

3. S'appuyer sur les avantages de la position particulière du généraliste

a) Il connaît la famille dans son ensemble avec son contexte socio-économique

Méd_1 : « je pense qu'on peut beaucoup... quand on les connaît et qu'on les suit de près, surtout le fait d'être médecin généraliste, c'est de suivre potentiellement toute la famille, [...] et finalement t'as souvent plus de recul sur la famille. »

Méd_3 : « c'est des gens qu'on connaît, on connaît quand même le caractère des parents. On sait si le père est un alcoolique invétéré, qu'il a déjà tapé sa femme, enfin on le sait. Donc si vous voulez, il y a quand même le fait d'être médecin de famille, ça permet quand même de savoir si une famille est à risque de maltraitance, ou pas. »

Méd_13 : « **le médecin généraliste, il connaît tout le monde**, c'est ça qui est vachement bien, c'est qu'on soigne euh... **les parents, les grands-parents, la famille**, on voit... **et puis des fois on est même appelé en visite** chez eux, alors on voit ce que ce qu'il se passe, c'est là des fois où (il souffle fort) on se dit où là... c'est pas normal, il y a quelque chose qui n'est pas net, euh... après on peut toujours appeler l'assistante sociale, on peut toujours... mais, voilà, on... on se doute qu'il y a quelque chose qui n'est pas net, il y a quelque chose qui est pas... parce que, **on connaît l'environnement**, c'est ça qui est fondamental, c'est... sur les tout-petits, c'est quand même l'environnement qui est fondamentale. Est-ce que **les gens sont en précarité** ? Est-ce qu'il bouffe à leur faim ? **Est-ce qu'ils sont un peu colériques**? Est-ce que voilà, **est-ce qu'ils ont un passé judiciaire** aussi, parce-que des fois on sait qu'il y en a qui ont déjà... qui sont déjà passés à l'acte, un qui tapait sa femme, donc bon on se dit est-ce qu'il a pas taper le gamin aussi, euh... »

b) Il a une relation de confiance avec la famille

Méd_10 : « Alors le fait d'être plus proche de la famille.... ça peut.... L'avantage, c'est que **ça permet d'installer une relation de confiance** qui fait que si on estime que la famille a besoin d'aide, **on aura peut-être plus de facilité à faire accepter l'idée** »

c) Il peut instaurer une relation de proximité avec l'enfant

Méd_8 : « je suis très content de ça, **j'essaie d'avoir un rapport avec l'enfant, très rapide, très précocement**, dès que je commence à les suivre, nourrisson, euh... à un ou deux ans, et **en essayant d'être toujours dans un dialogue avec l'enfant**

[...]

et cette attitude là, fait que, au fur et à mesure du temps, et ses enfants grandissant, je trouve que **le dialogue est facile parce que je les ai reconnu très vite comme des personnes capables** de me dire des choses et de me... euh... donner un avis ou une information, et **ça facilite après le fait que je puisse les voir seul, je pense, puisque ils ont l'habitude de me parler** »

d) Il a un rôle de confident, il connaît des choses de l'intime

Méd_4 : « **Je pense que [le médecin généraliste] est central** parce que de nos jours, il n'y a plus personne à qui parler. Il n'y a plus que le généraliste à qui tu te confies. Alors en dehors de la maltraitance, sur tous les sujets, moi je... je ne sais pas si tu t'en ai aperçu en travaillant au cabinet mais, **il y a des gens qui te confient des trucs, il n'y a que toi qui le sais** »

Méd_13 : « **on connaît des choses toute bête des fois, euh... des fois on vient pour... des conneries, par exemple, il veut pas aller à la piscine** parce que, tu as des exemption de certificat. C'est tout con mais par exemple, pourquoi est-ce que l'enfant ne veut pas aller à la piscine ? Tu alors la maman elle va te dire c'est pour ci et pour ça, et toi tu vas dire c'est peut-être parce qu'il veut pas montrer son corps, alors pourquoi il veut pas montrer son corps ? Alors on peut se poser... des fois il y a des choses qui... voilà... c'est des choses, qui peuvent nous interpellé, ça paraît idiot mais des fois c'est... **c'est plusieurs choses mises bout à bout qui font que, tiens ce gamin il a un problème avec son corps... pourquoi il a un problème avec son corps, ben parce que probablement il a été maltraité. Voilà...** »

4. La perception des patients en risque et les actes de prévention possibles

a) Possibilité d'effectuer des consultations de prévention

Méd_9 : « Je me vois **dans une position justement de... de d'alerte** »

Méd_13 : « mais **maintenant avec l'histoire du Gardasil**, c'est intéressant parce qu'on fait des consultations en essayant un petit peu expliquer jeune fille la prévention du cancer du col et **du coup on peut voir des... un petit peu la sexualité**, donc je me permets des fois un petit peu, de voir un petit peu comment elle se situe, elle, **quelles sont ses craintes, quelles sont ses attentes, ou... quels sont ses traumatismes**

[...] et puis voilà **ça permet un peu de voir si elles ont des questions, ou si il y a un comportement qui est n'est pas tout à fait adapté**, bon après (il baisse le ton de la voix), après on voit que les filles, (rire) »

b) Faire de l'éducation, discuter avec les patients

Méd_6 : « je pense que, enfin j'imagine, que la plupart du temps **quand il y a une violence** ça ne se passe pas justement dans des zones publiques. et j'imagine que si il se passe quelque chose justement dans le cabinet... **ben c'est une occasion d'en parler et... de vraiment voir qu'ils sont en difficultés.** »

Méd_9 : [sur la problématique des bébés secoués] « **donc ça j'en parle des fois aux parents, je leur dit que bien sûr il faut pas le faire.** Tu vois des fois pour aborder un peu la question »

c) Il arrive parfois à repérer les situations de détresse parentale ou de mauvaise construction du lien mère-enfant

Méd_1 : « t'essayes de d'être gentil, de faire des blagues et que **tu vois une maman complètement figée** euh... [tu te demande si] c'est pas **une dépression du post-partum ...** »

Méd_1 : « des suspicions de détresse parentale. **je pense que le tout c'est que il y a aussi beaucoup de travail aussi dans la détection avant la maltraitance [...]** quand on connaît l'histoire de la famille des parents les autres enfants, **on arrive à voir que tout d'un coup une maman est en train de s'écrouler** »

d) Des situations où les enfants apparaissent comme difficiles à gérer

Méd_5 : « je pense qu'il faut vraiment essayer d'expliquer aux parents la démarche en disant que tu les sens dépassés ou, ou en difficulté avec cet enfant qui est peut-être **turbulent**, qui est peut-être **difficile à gérer**, qui est peut-être machin, et que **ça me paraît important d'avoir un avis extérieur pour les aider.** »

Méd_5 : « Oui, discuter avec les parents quand tu vois que le gamin il te retombe systématiquement au cabinet. Demander s'ils sont pas trop épuisés, s'ils sont pénibles, comment vous arrivez à vous reposer? Ou que si ça va plus, passer la main à la PMI. **Peut-être effectivement tu peux en parler plus facilement avant... avant qu'il y ait une difficulté**, si c'est avec les parents que tu sens épuisés par un gamin super pénible. »

e) Des situations de conflits parentaux

*Méd_8 : « j'ai eu des enfants en difficultés **dans des couples qui fonctionnent mal**, par exemple [...] je suis très intéressé, généralement c'est des couples que l'on voit, soit l'un soit l'autre, même si quelques fois on suit les deux, les deux membres du couple euh... **je suis très attentif à essayer de dégoupiller et de repérer la souffrance de l'enfant à travers le truc, essayer de mettre les enfants à distance des conflits**, et je crois qu'on y arrive relativement bien, euh... dès qu'on évoque les choses, et qu'on en parle quoi. »*

IV. Discussion

A) FORCES ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Les règles de la méthodologie qualitative ont été respectées avec retranscription intégrale des entretiens et analyse détaillée des verbatims. La liberté des entretiens individuels a permis de mieux aborder les sujets délicats. Les médecins se sont confiés avec franchise, il n'a pas été notoirement constaté de biais de désirabilité, c'est à dire la tendance des sujets à donner des réponses attendues ou consensuelles.

Le biais de confirmation d'hypothèse, c'est à dire la tendance à privilégier les idées qui vont dans le sens de l'hypothèse, a été combattu par le fait de rechercher à la fois les freins et les facteurs facilitants du dépistage des maltraitances.

Il existe cependant des faiblesses inhérentes à l'analyse qualitative comme le biais de représentativité qui, du fait de l'échantillon restreint, ne permet pas de tirer de conclusion en terme de statistiques.

Les médecins ayant participé aux entretiens étaient tous volontaires donc il existe un biais de recrutement. Dans certains cabinets de groupes où l'enquête a été proposée, seuls certains médecins se sont proposés pour participer à l'étude. Cependant nous avons tenté de composer une homogénéité de l'échantillon en recrutant selon des caractéristiques démographiques variées.

Un biais lié à l'enquêteur est aussi possible, de part son inexpérience à mener les entretiens. Cependant, la longue période sur laquelle se sont étalés les entrevues et l'analyse progressive des données a permis de travailler la technique d'entretien et de prendre du recul. On notera par ailleurs que l'enquêteur est très peu intervenu dans la majorité des entretiens et a laissé les médecins s'exprimer avec spontanéité. De plus, la triangulation du codage par un second étudiant a permis de limiter la subjectivité lors de l'analyse.

Il peut exister un biais d'auto-complaisance qui traduit la tendance d'un sujet à attribuer ses réussites à des causes internes et ses échecs à des causes externes. Ce biais a été combattu en formulant la question sur la position du médecin de famille et des médecins de façon générale, et également en analysant les discours tant sur le fond que sur la forme pour par exemple faire ressortir des discordances ou des gênes sur certains sujets.

Enfin, l'enquêteur s'est retrouvé dans une position délicate où il ne doit pas entrer dans le jugement ses confrères, il a tenté de travailler avec transparence et objectivité en livrant les citations mot-à-mot et avec prudence pour ne pas verser dans la sur-interprétation.

B) IDÉES FORTES

Après lecture de ces treize entretiens on note que l'ensemble des médecins interrogés mentionne des réponses qu'ils ont pu apporter dans les cas suspects de maltraitances infantiles.

Ce que l'on constate c'est qu'il n'y a pas une réponse stéréotypée mais de multiples réponses possibles au cas par cas : éducation aux signes qui doivent amener à consulter, aide par une assistante sociale, soutien psychologique, consultation de pédiatrie ou de PMI, etc.

En revanche, lorsque les situations demeurent problématiques, certains médecins ont du mal à « aller plus loin », c'est à dire recourir à l'information préoccupante ou au signalement.

Cinq médecins sur les 13 interrogés rapportent avoir été confronté à des doutes au sujet de maltraitances infantiles et ne pas avoir su quelle réponse apporter :

Méd_5 : « ben finalement j'ai du mal à aller plus loin quoi. »

Méd_4 : « ce qui est compliqué pour nous c'est savoir si il faut faire un signalement ou pas, et quand il faut le faire »

Méd_6 : « est-ce qu'il se passe vraiment des choses et qu'est-ce que je peux faire ? »

Méd_11 : « mais après dire que c'est de la maltraitance, euh... je sais pas »

Méd_12 : « mais dans ces cas-là qu'est-ce qu'il faut faire ? ben je sais pas trop »

Une étude menée en 2005 auprès de 195 pédiatres aux USA rapportait que 28 % d'entre eux avaient déjà suspecté une maltraitance chez un enfant sans l'avoir rapporté. (69)

Les freins qui entravent les médecins dans ce dépistage sont multiples, plusieurs ont pu être dégagés de nos entretiens :

-Le comportement par nature opposants des familles impliquées.

-Le ressenti du manque d'expérience et d'expertise des médecins : ils ont du mal à tirer au clair les situations, ne savent pas comment aller au-delà des doutes et méconnaissent certaines ressources (information préoccupante, CRIP). Ils restent donc parfois dans le doute et dans un sentiment d'impuissance.

-Un vécu de solitude des généralistes, un manque d'interlocuteurs extérieurs ainsi qu'un manque de temps.

- Une vision parfois stéréotypée de la maltraitance surtout focalisée sur l'enfant gravement battu.
- De la distance avec les services sociaux et la PMI, une méconnaissance des structures et le manque de retours sur les prises en charge.
- De nombreuses craintes et peurs : de mettre en cause les familles, du conflit avec les parents, de se tromper, des poursuites judiciaires, de perdre de vue les patients, de provoquer un « désastre ».
- L'appréhension d'endosser une position d'enquêteur (d'être « intrusif ») ainsi qu'une gêne “d'être seul avec l'enfant” ou d'aborder des thèmes comme la sexualité. Dans certains cas les médecins se retrouvent même paralysés par le fait de devoir évoquer les mots de « maltraitance » ou même d'« inquiétude ».
- Des freins psychologiques s'apparentant au déni : on retrouve des discordances claires dans les discours, de la minimisation, banalisation, un refus de nommer certains faits inquiétants, la peur de voir trop de maltraitements et une identification aux parents.

Ces résultats sont en accord avec d'autres études récentes sur le sujet.

Une étude qualitative effectuée en région parisienne en 2014 retrouvait comme freins : image de la maltraitance, méconnaissances des signes cliniques de maltraitance, méconnaissance de la protection de l'enfance, identification du médecin au parent agresseur, perception du signalement par le médecin généraliste, déni de la maltraitance, répercussions du signalement, contraintes administratives supposées. (70)

Une thèse quantitative de 2015 ayant enquêté auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes expose que 80 % des médecins citent la « peur de se tromper » comme étant un frein au signalement et 44 % citent le « manque de connaissance des procédures de signalement » et la « peur de stigmatiser la famille ». (71)

C) LES FREINS

Etudions plus en détails ces freins qui entravent les médecins généralistes interrogés.

a) Les craintes judiciaires et la peur du conflit avec les familles

Méd_13 : « je vais me retrouver devant le juge à me justifier. Alors que toi tu essaies de bien faire »

Méd_6 : « c'est les accuser peut-être... injustement »

Méd_8 : « l'inquiétude, euh... de faire que ces gens, euh... nous en veuillent mortellement du signalement qu'on va faire »

L'étude menée sur une population de pédiatres aux Etats-Unis révèle les mêmes peurs : peur de poursuites judiciaires, peur de conflits physiques avec les familles, peur des conséquences d'un signalement sur les familles. (69)

La peur des poursuites judiciaires est une notion récurrente et d'autres études mènent aux mêmes conclusions. (72)

Sylvain Barbier Sainte-Marie, chef de la section des mineurs du parquet de Paris note également cela :

« Les médecins de ville [...] ont une peur irrationnelle de l'institution judiciaire et policière [or] ils ne risquent rien s'ils rapportent juste des faits ». (60)

En effet, plusieurs modifications récentes de la loi ont été apportées pour assurer les professionnels d'une protection claire, notamment en ce qui concerne la rupture du secret professionnel.

Avant 2002 le Code pénal ne protégeait explicitement le médecin que des sanctions pénales, mais pas disciplinaires.

Depuis, l'article concernant le secret professionnel a été reformulé : (73)

“il n'est pas applicable au médecin [...] qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la [CRIP], les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique [...]”

Lorsque la victime est un mineur [...] son accord n'est pas nécessaire.”

Il protège en toute transparence le médecin qui transmet un signalement ou une information

préoccupante à la seule condition qu'il agisse « de bonne foi », le contraire nécessitant de démontrer qu'il a eu l'intention de nuire. Même article :

“Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.”

Par ailleurs on rappelle l'article concernant le sujet sur l'entrave à la saisine de la justice : (74)

“Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur [...] de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.”

Pour ce qui est de la peur d'accuser à tort les familles, fait-elle référence à des images médiatiques ?

Méd_8 : « En sachant que là aussi, la parole de l'enfant, il f... elle est à double tranchant, quand-même, hein, on en a plein de témoignages »

Une revue de littérature a montré que l'idée communément admise selon laquelle les témoignages d'enfants comporteraient plus de « faux souvenirs » que ceux des adultes n'est appuyée par aucune preuve, ces « faux souvenirs » pouvant aussi bien s'accroître que décroître avec l'âge. Par ailleurs on connaît maintenant en détail les facteurs qui peuvent modifier les souvenirs rapportés. (75)

Les images médiatiques sont parfois à l'origine d'idées reçues qui nous éloignent de la rationalité.

Sur ce sujet, le dernier grand “nauffrage judiciaire” qui a marqué les consciences est l'Affaire d'Outreau, jugée en 2004 et 2005, un procès d'abus sexuels sur mineurs.

Mais si l'on s'attache aux enfants, il n'y a pas eu d'erreur, sur les 12 enfants considérés comme victimes avant le procès en appel, 12 seront bien reconnus victimes d'abus et ceci par 7 collègues d'experts différents.

Et si l'on pense que les milieux sociaux et judiciaires ont réagi trop vite dans cette affaire, il suffit de lire les conclusions du rapport de la commission d'enquête parlementaire pour s'apercevoir du contraire. (76)

« 1. le signalement des maltraitances et des abus sexuels : une réaction tardive, conséquence de cloisonnements excessifs »

« l'absence de prise en compte des nombreux signaux d'alarme [...] entre 1995 et 2000 [...] transmis à l'autorité judiciaire ».

Après avoir négligé nombre de signes préoccupants au sujet des enfants, c'est dans une sorte de retour de balancier que la machine judiciaire, avec le concours d'autres dysfonctionnements, va s'emballer, tenter de rattraper son retard, et mettre en cause des personnes qui n'auraient jamais dû l'être.

b) Les méconnaissances de l'information préoccupante (IP) et de la CRIP

Dans notre étude on note que seulement 3 médecins sur les 13 interrogés connaissent l'information préoccupante et la mentionnent spontanément, 6 ne connaissent pas cette procédure.

Le médecin n° 12 est un médecin de 40 ans, installé depuis 12 ans :

- Méd_12 : « Et sinon c'est quoi, du coup, l'autre euh... ? »

- Enquêteur : « Sinon, c'est l'information préoccupante. »

- Méd_12 : « Ah ça je savais pas, tu vois. »

Une étude qualitative réalisée à Saint-Etienne en 2011 et publiée dans la revue Médecine relevait qu'aucun des 21 médecins généralistes interrogés ne connaissaient exactement la procédure de transmission d'une information préoccupante. (77)

Il est vrai que cette notion est relativement récente mais elle a tout de même 10 ans puisqu'elle a été introduite en mars 2007. La plupart des médecins interrogés restent sur l'ancien schéma qui consiste au signalement judiciaire ou rien.

Cette méconnaissance est préjudiciable car le signalement a vocation à alerter les autorités judiciaires en cas de présomptions de faits graves ou de danger imminent pour l'enfant. Dans ces situations graves le bulletin de l'ordre des médecins de 2015 conseillait d'ailleurs au médecin libéral de passer la main à un collègue hospitalier. (60)

Pour les situations en dehors de l'urgence, l'information préoccupante a été mise en place. Elle est transmise aux services administratifs du département, plus particulièrement à la CRIP « pour alerter [...] sur la situation d'un mineur [...] pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. »

Elle a pour finalité « d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier [...] telles qu'un accompagnement de la famille [ou] une prestation d'aide sociale à l'enfance » (78)

Cette IP n'a donc pas de connotation judiciaire et devrait être une ressource de plus pour le médecin dans son but d'accompagner les familles.

c) La crainte de perte de vue

Méd_2 : « tu peux d'autant plus mieux les surveiller qu'ils ont entre guillemets confiance en toi. Alors, moi, la première chose à pas faire c'est bousiller ça, parce que si tu bousilles, tu vois plus personne et alors là! va savoir ce qui se passe. »

La crainte de perte de vue doit être nuancée. Dans la même étude menée à Saint-Etienne, sur les 11 familles ayant faits l'objet de signalements et d'IP, cinq “ont continué d'être suivies par le même généraliste, avec une relation médecin-patient de bonne qualité”. “Il y a eu rupture du lien pour 6 familles, souvent suite à un déménagement”, en effet plusieurs affaires concernaient des violences dans un contexte de séparation parentale. (77)

Un des médecins interrogés nous a également confié les réticences qu'il avait auparavant. Or il s'est aperçu après avoir recouru aux procédures de transmission de l'information qu'il avait réussi à garder un lien avec les familles :

Méd_7 : « je me [disais] sinon je vais perdre le patient, et caetera. Et finalement, avec le recul, et ben je m'aperçois que j'arrive, finalement, à pouvoir dire “et ben écoutez ça va pas, moi j'estime que vous avez des difficultés dans votre rôle de parents, qu'il faut vous accompagner et.. c'est mon devoir de le faire” et comme... et ben en général ça se passe pas trop mal, j'ai pour l'instant pas perdu de famille. Même en faisant des... »

d) Le manque d'interlocuteurs

Méd_10 : « la psychiatrie tant adulte que enfant c'est désertique! [...] Le CMP il est virtuel »

Il est vrai qu'en France on constate un manque de psychiatres dans les centres médico-psychologiques (CMP), des postes vacants en PMI, en médecine scolaire ainsi que dans le milieu judiciaire. (77)

Ces éléments font défaut pour une prise en charge de proximité. On espère que les politiques publiques y feront face afin de ne pas isoler encore plus les populations à risque. Cependant de nouveaux interlocuteurs se mettent en place comme le médecin référent “protection de l'enfance” dans chaque département depuis la loi du 14 mars 2016 (79), lequel « peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux » selon le décret. (80)

e) La gêne de prendre une position d'enquêteur contrastant avec l'attente de la certitude des médecins

Une autre crainte apparaît un peu plus à part que les autres : la peur d'être « intrusif » ou indiscret qui a été citée de diverses manières par 5 des 13 médecins interrogés.

Méd_5 : « on a peur d'être invasif [...] c'est difficile de trouver la bonne distance »

Méd_6 : « je suis pas dans une démarche intrusive »

Méd_8 : « un dépistage qui [...] ne doit pas être complètement suspicieux »

Méd_11 : « poser les questions [sans] qu'ils ne se sentent agressés »

D'autres l'expriment d'une manière différente

Méd_12 : « est-ce qu'il faut chercher [les violences sexuelles] ? »

Dans ces cas là le médecin a peur de poser trop de questions, de paraître indiscret, il ne veut pas rentrer dans une démarche policière. Il est également gêné par le fait d'aborder certaines questions indiscrettes ou concernant la sexualité.

L'article de Kempe « *The Battered-Child Syndrome* » mettait déjà ce trait en évidence en 1962 (28)

« la formation et la personnalité du médecin, rendent la plupart du temps difficile pour lui le fait d'assumer la position de policier ou de procureur et d'interroger ses patients comme s'il enquêtait sur un crime. L'esprit humaniste du médecin trouvera encore plus difficile d'agir quand il fait face aux protestations d'innocence du parent agresseur, particulièrement quand celui-ci lui a amené de son propre chef l'enfant victime. »

Ceci se rapproche d'un autre frein mis en évidence par les médecins c'est la question d'être sûr de la suspicion, on se rapproche de l'oxymore :

Méd_8 : « on n'a pas envie de lancer euh... une procédure, euh... à partir du moment où... les suspicions ne sont pas certaines. »

Une étude aux USA (81) montrait déjà en 1985 que la principale cause de non transmission d'une suspicion de maltraitance était la crainte d'agir sans être certain du diagnostic.

La démarche médicale habituelle n'est pourtant pas d'attendre la certitude diagnostique avant de lancer les investigations complémentaires.

La recommandation de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2014 rappelle que « le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente ». (36)

Le Dr Agnès Bechetoille, médecin référent « protection de l'enfance » de la Drôme, rencontrée à l'occasion de cette thèse, réagit de même : « ce n'est pas le travail des médecins de faire la preuve, ils ne sont pas enquêteurs, c'est à la CRIP de faire la preuve », leur rôle est de transmettre une information qui les a inquiété pour un enfant.

Chez beaucoup de médecins la maltraitance est très vite associée à des notions de « faute » et de « culpabilité » chez les parents. Que cela vienne d'une forme de règle morale ou d'une identification aux parents, cela nuit au dépistage. Il est vrai que le mot de « maltraitance » est lui-même empreint de morale, le terme « enfant en danger » apparaît alors plus approprié.

Primo c'est en terme d'intérêt de l'enfant qu'il faut se situer et secundo les parents ne sont pas forcément coupables au sens de l'intention de nuire ou de la préméditation, il suffit de prendre l'exemple de la négligence. De plus, de la part d'un parent qui amène son enfant chez le médecin, il y a forcément une part coopérante, qui mérite d'être exploitée.

L'objectif de l'information préoccupante n'est d'ailleurs pas d'éloigner les parents puisque elle a pour but « un accompagnement des familles ».

Le Dr Bechetoille le confirme : le rôle de la protection de l'enfance est « un rôle d'accompagnement médico-social ou éducatif », « les parents ont toujours l'autorité parentale, et on agit avec eux, on ne peut rien faire sans eux ».

Cela signifie qu'il faut informer la famille qu'on transmet une information à la CRIP car la collaboration avec les familles, la franchise, le consentement éclairé des patients, est indispensable pour la suite, « sinon on n'avance pas ». « Si l'appel des services sociaux tombe sur la famille tout d'un coup, on perd leur collaboration ».

D'autre part, le Dr Bechetoille insiste sur la nécessité de prendre en charge l'enfant le plus tôt possible, pour que l'accompagnement soit efficace. Dans la petite enfance les retards de développement s'installent vite et seront d'autant plus difficiles voire impossibles à rattraper.

Interrogé au sujet de la gêne ressentie par les médecins, le Dr Hugues Despinoy, pédopsychiatre, déclare que cette gêne est tout à fait compréhensible et doit même être respectée. « Le médecin doit trouver un mode de fonctionnement confortable et fidèle à ce qu'il est. » Avec certaines personnes, par exemple, il serait délicat d'aborder de front le sujet de la sexualité et brusquer les choses pourrait même être contre-productif. « Il faut connaître ses limites, ne pas être tout-puissant mais plutôt médiateur ».

Pour lui le médecin ne doit pas avoir une attitude d'enquêteur mais « de préoccupation ». Le médecin doit s'appuyer sur l'inquiétude des parents. Il doit mettre en lumière le problème tout en restant dans une position de « trait-d'union entre les parents et l'enfant ». Il insiste sur la notion de « commentaire interrogatif », manière d'énoncer le problème en s'adressant à l'enfant, sans que le parent ne se sente directement mis en cause.

f) Distance avec les services sociaux et la PMI

D'une part certains médecins ont tendance à séparer le « social » du médical :

Med_7 : « nous on dit “oui mais ça c'est du social, c'est pas notre rôle” »

Méd_6 : « en fait je pensais que le suivi été fait la PMI et je me suis rendue compte quelques mois plus tard qu'en fait le suivi n'avait pas été fait »

Ils ne connaissent pas ou très peu le monde de l'Aide Sociale à l'Enfance :

Med_5 : « Il y a toujours de beaux organigrammes, là. Mais est-ce qu'en vérité c'est rempli toutes ses cases, là? Est-ce qu'en vérité, je sais pas moi, “Commission de l'enfance”, est-ce qu'il y a du monde? Des suivis médico-social? Est-ce qu'il est fait? On a toujours ce genre de questions, quoi. »

Il n'a pas de retours :

Méd_1 : « je faisais l'information préoccupante, je l'ai faxé à la PMI. Et puis je... je n'ai eu aucune nouvelle »

Il n'a pas confiance :

Méd_10 : « j'ai pas un a priori forcément très favorable sur les capacités des services sociaux à accompagner une famille »

Méd_13 : « je pense que j'ai une image très négative de la PMI, sans être méchant (rire) »

Des études réalisées aux Etats-Unis, en Europe et en Australie montrent la même défiance envers les services de protection de l'enfance.(25)

Le manque de retour de la part des services sociaux apparaît comme un frein majeur au dépistage dans la plupart des études sur le sujet, sur 26 pédiatres interrogés aux USA, 72% citaient les “problèmes avec la protection de l'enfance” comme un motif de non signalement. (72)

Les médecins craignent également une réaction inadaptée de la part des services sociaux, pour certains une absence de réponse, alors que d'autres ont peur d'une sur-réaction.

Une étude a bien montré que lorsque les médecins ignorent le travail accompli par les services sociaux ils sont dissuadés de collaborer avec eux. (82)

Du côté des personnels des services sociaux certains avancent (à tort) le secret professionnel comme raison pour l'absence de communication avec le médecin. (72)

Une meilleure collaboration et interaction entre le corps médical et les services sociaux est une nécessité indispensable dont témoignent absolument toutes les études qui ont été consultées pour la rédaction de cette thèse.

En outre, la loi du 5 mars 2007 complétée en 2016 a également autorisé le partage d'informations à caractère secret dans le cadre de la « protection de l'enfance » (83) ou lorsqu'elles sont nécessaires « à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social ». (84)

g) Le Dén

La peur de voir "trop" de maltraitance est rapportée par trois médecins, ceux-ci disent pourtant n'en avoir jamais vu dans leur carrière. Ce paradoxe apparent amène à aborder la question du déni.

Méd_2 : « bon, ça veut pas dire qu'il faut en voir tout le temps »

Méd_5 : « parce que je pense qu'on a peur de réagir trop vite »

Méd_8 : « un dépistage euh... qui, tout en restant attentif, ne doit pas être complètement euh... euh... suspicieux »

On rappelle la définition du déni :

Le déni est un mode de défense consistant pour le sujet à refuser la réalité d'une perception potentiellement douloureuse ou dangereuse pour le Moi.

Le déni protège le Moi en mettant en question le monde extérieur, sans conflictualité, puisqu'il fait coexister au sein du Moi deux affirmations incompatibles, qui se juxtaposent sans s'influencer.

Il donne au Moi la possibilité de vivre sur deux registres différents, mettant côte à côte, d'une part, un "savoir" et de l'autre, un "savoir-faire" infirmant ce savoir. (68)

Méd_11 : « c'est une ancienne toxico enfin qui est, qui est substituée là, et du coup elle a une petite fille... la petite fille est un peu retardée mais je pense que... il y a eu aussi des problèmes pendant la grossesse du coup et... elle a dû avoir un sevrage un peu, un peu compliqué et donc je la vois régulièrement, et elle ne parle pas à sa fille et sa fille ne... n'a pas un langage encore très développé, elle est un peu... elle est un peu en retard, mais après dire que c'est de la maltraitance, euh... je sais pas. »

(silence)

- Enquêteur : « et euh... et alors qu'est-ce que... qu'est-ce que tu peux faire si tu repères des choses comme ça ? »

Méd_11 : « si j'avais une situation comme ça ? Euh... [...] oui je l'aurais signalée »

Cette situation illustre parfaitement la définition du déni, c'est à dire la séparation entre :

-le « savoir » qu'un enfant en difficultés, avec un retard de développement, dans une famille avec des facteurs de risques et à la conduite inadaptée doit aboutir à une réponse

-et le « savoir-faire » qui en l'absence de certitude totale et de danger immédiat n'apporte aucune réponse.

D'autres réactions comme la minimisation et la banalisation se rapprochent aussi du déni.

Méd_2 : « j'avais une famille difficile avec un peu de violence, mais.... pas trop en intrafamilial. »

Méd_9 : « je pense qu'il y a des enfants [...] qui prennent des fessées peut-être trop souvent, peut-être trop de façon trop importante mais... je le vois pas. »

Là encore Kempe faisait part de ce mécanisme dans son article de 1962 (28):

« Beaucoup de praticiens trouvent difficile de croire qu'une telle brutalité peut survenir de la part de parents sur leurs propres enfants et ils tentent d'effacer de telles pensées de leur esprit, même devant des preuves évidentes. La raison possible est que l'antipathie générée par cette éventualité est telle qu'il est plus facile pour médecin de dénier la maltraitance plutôt que d'avoir à gérer la colère excessive qui afflue quand il réalise la vérité de la situation. »

Nous l'avons vu en introduction, l'histoire déjà témoignait de ce déni, la méfiance des médecins légistes de la fin du XIXème siècle, la théorie de la mythomanie infantile du début du XXème, la théorie des fantasmes inconscients de Freud.

Ceci nous amène à aborder les mécanismes psychologiques en jeu chez les professionnels autour de la révélation des situations d'enfance danger.

Une thèse qualitative de 2017 ayant questionné des médecins du département de l'Ain retrouve également sous le terme de « coping » ce phénomène d'ajustement et d'adaptation physiologique que tout individu met en œuvre face à une situation difficile que sont l'évitement, le déni ou la minimisation. Selon elle, il est essentiel de définir et expliquer ces réactions de « coping » pour que les médecins puissent les « conscientiser » et agir malgré elles. (85)

La pédopsychiatre Adeline Kompé-Tchamgoué a tenté dans un article de dénouer les freins psychologiques qui se mettent en place (86):

Certains s'imaginent que le professionnalisme protège du doute et qu'il est a priori naturel de dénoncer le danger, d'autant plus pour un enfant. Il est pourtant dangereux d'ignorer l'impact relationnel et tout les éléments affectifs qui se mettent en œuvre.

Les raisons de signaler peuvent déjà être différentes suivant les personnes : « parce que c'est la loi », « pour que ça s'arrête », « pour se libérer d'un fardeau trop lourd à porter », « pour délimiter son champs d'action »...

Le signalement fait appel à la subjectivité du jugement et met en jeu un faisceau de facteurs : histoire familiale, statut parental, expérience professionnelle, influence extérieure, contexte culturel, religieux, etc.

Du fait de ces héritages un travail d'élaboration est nécessaire pour pouvoir imaginer la famille, d'abord idéalisée, comme potentiel lieu de souffrance.

Des mécanismes intrapsychiques sont mis en jeu, notamment des phénomènes d'identification, et la confrontation aux violences, au monstrueux, à l'inimaginable bouscule profondément les représentations et questionne l'identité et la subjectivité. Un état de sidération survient alors, il signe l'ébranlement psychique consécutif à la perte de repères, l'effondrement des croyances établies. L'inadmissible violence donnée à voir par son semblable conduit au déni et se traduit par la banalisation, la dissociation idéopsychique ou l'accusation de mensonge de la victime.

Parfois les mouvements identificatoires de transfert peuvent entrainer les professionnels dans des rapports aliénant avec les familles menant à l'emprise.

D'autre fois la culpabilité de n'avoir pu protéger un enfant potentialisera l'émergence de pathologies comme des affects dépressifs.

Par ailleurs, le comportement de l'enfant, qui n'a pas de repères fiables, peut contribuer à nourrir les

mécanismes de défense du professionnel, son agitation ou ses conduites transgressives participent à la confusion.

Il faut mettre en œuvre le nécessaire pour épargner au médecin ce facteur de vulnérabilité qu'est la solitude quand il est confronté à la question de l'enfance en danger. Cela peut prendre diverses formes : supervision, réunion institutionnelle ou échange avec un collègue au cours duquel il pourra exprimer son ressenti en toute confiance.

h) La vision de la famille

Méd_4 : « On a pas de gros problème. Les gens sont plutôt calmes ici. »

Certains nomment cette vision idéalisée de la famille le « nice family syndrome » (69). D'autres abordent un problème qui s'en rapproche, le « familialisme », comme le Pr Gerard Lopez (psychiatre victimologue, professeur de la faculté Paris Descartes) (87). Ceci se comprend dans le sens où rien ne serait mieux que la famille. Pour ce dernier cette vision, construite par l'histoire et la société est l'un des principaux facteurs de non reconnaissance des maltraitances infantiles par le déni qu'elle entraîne.

Des pédiatres, interrogés en 2000 aux USA sur les facteurs qui découragent le dépistage des maltraitances, ont rapporté cette vision que les médecins généralistes ont ce qu'ils nomment une « loyauté envers les parents » qui peut influencer leur décision dans le sens de ne pas rapporter une suspicion de maltraitance. (72)

Certains des médecins généralistes interrogés dans l'Ain ont aussi un a priori sur les familles qui semble les dispenser d'un dépistage, comme le témoigne ce médecin de campagne : « *je connais bien mes patients et quand je les vois, on s'aperçoit que visiblement il n'y a pas de problème* ». Le milieu rural apparaissait également comme un facteur protecteur : « *on est quand même dans un endroit préservé ici* ». (85)

D'autre part, et bien que cela soit connu des professionnels, le repérage de la maltraitance dans les milieux sociaux aisés reste encore sous-diagnostiqué et certains parents, de par leur semblant d'adhésion, peuvent exercer une forme d'emprise sur le professionnel enfermé dans ses représentations. L'assiduité aux rendez-vous, la preuve d'assurer les besoins matériels de l'enfant sont autant d'alibis et d'excuses pour ne pas s'inquiéter au-delà. (86)

La représentation sociétale de la famille, tout comme le déni sont des problématiques complexes qui mettent en jeux des défenses inconscientes et qui ont des origines multifactorielles : histoire personnelle, contexte social, culturel, etc. Il est cependant indispensable de prendre conscience de

ces mécanismes psychologiques, de les analyser et de les combattre car ils sont un frein majeur du dépistage, puisqu'ils le bloquent à la racine.

i) Un déficit de formation

Méd_9 : « je crois que... bien qu'on ait eu un cours ou deux... (rire) deux heures de cours pour ces problèmes là... »

Le peu de temps consacré lors des études médicales à la question de l'enfance maltraitée perpétue la notion que cette question est de moindre importance. (72)

Un rapport sur l'enfance maltraitée délivré au Sénat en 2014 (88) dénonce le manque de formation initiale des médecins : lors des 6 années précédant les épreuves classantes nationales (ex concours de l'internat) un seul module concerne la maltraitance et s'intitule « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile » (item 37). Ce module est en général traité en 1 heure dans la plupart des facultés et l'accent est mis sur le syndrome de Silverman.

Ensuite, les internes qui choisissent la médecine générale, s'orientent alors vers le DES-MG. Les enseignements théoriques comportent quelques heures consacrées à « la santé de l'enfant et l'adolescent » mais le nombre d'heures d'enseignement sur la maltraitance reste d'une grande variabilité d'une faculté de médecine à une autre et demeure totalement personne-dépendante.

L'enseignement théorique de la maltraitance réservé aux futurs pédiatres est quant à lui estimé dans ce rapport à 2 heures.

Ceci contraste fortement avec les données d'une étude américaine (89) qui a montré que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de 10 heures d'enseignement.

Une autre étude américaine (90) a montré que la formation des médecins (sur le sujet des maltraitements infantiles dans les 5 dernières années) augmente significativement le nombre de révélations de suspicions de maltraitements par les médecins.

La loi a bien fixé dans ses orientations du développement professionnel continu, pour les années 2016 à 2018 « Repérage de la maltraitance et de la violence [...] et conduite à tenir » au rang de mobilisation de la politique nationale de santé. (91) Les formations devraient donc se mettre en place et se renforcer.

j) Méconnaissance de certains facteurs de risque

Un autre freins qui est rapporté par plusieurs observateurs est le fait que les médecins généralistes méconnaissent certains facteurs de risques de maltraitance, comme par exemple la prématurité. En effet l'hospitalisation précoce du nouveau-né peut blesser le lien d'attachement entre les parents et l'enfant. (60) (71)

Dans un soucis de libre discussion, et afin que les médecins ne se sentent pas jugés, cette étude ne s'est pas attaché à interroger en détails les médecins sur leurs connaissances théoriques, notamment des facteurs de risque, mais l'analyse de l'intégralité des entretiens révèle qu'aucun médecin n'a prononcé les termes « prématuré » ou « prématurité » ou « attachement ». Le mot « lien » (dans un contexte parent-enfant) a en revanche été rapporté par le médecin n°1.

D) ÉLÉMENTS FACILITANT LE DÉPISTAGE

L'analyse des entretiens a mis en évidence des éléments pouvant faciliter la prise en charge des médecins :

- Une vision et une définition large du sujet : une conscience du problème qui fait partie de la réalité quotidienne, une absence de gêne à évoquer le sujet et une volonté de ne pas rester dans le doute
- La perception des situations à risque : conflits parentaux, enfants « difficiles », détresse parentale, précarité socio-économique et un ressenti des situations problématiques principalement apporté par l'expérience
- S'appuyer sur les avantages du médecin généraliste : connaissance de l'histoire familiale, possibilité de dialogue avec l'enfant, rôle de confident, possibilité d'agir en amont pour l'éducation et la prévention, rôle de coordinateur
- Des stratégies mises en place : revoir les familles, séparer les interlocuteurs, ne pas attaquer de front, avoir des interlocuteurs professionnels privilégiés, rechercher une prise de décision partagée

Une revue de littérature donnait des pistes comparables pour l'amélioration du repérage : (92)

- développer la formation : notamment sur la prise en charge et les conséquences de la maltraitance infantile, avec une explication du rôle de l'ASE et du rôle propre au médecin.

- Disposer d'un numéro de téléphone dédié dans le cadre d'une collaboration avec les services hospitaliers d'urgence et les pédiatres référents et donner une opportunité au médecin de debrieffer avec un professionnel compétant après avoir reporté un cas de maltraitance.
- Améliorer la relation entre médecins et services sociaux, en particulier informer les médecins de la progression des investigations.
- Il a même été proposé un dédommagement financier pour le temps passé et la perte de revenu en cas de patient perdu de vue.

Rencontré à l'occasion de cette thèse, le Dr Hugues Despinoy (pédopsychiatre) donne sa vision de la position du médecin généraliste face à l'enfance en danger.

Pour lui, le médecin généraliste joue un rôle central, car du fait de la « compartimentation des prises en charge », il est le seul à avoir une continuité possible dans le suivi des familles. Il est également un repère de confiance pour les familles et il doit s'appuyer sur cet atout.

En dehors du cas de l'urgence, le médecin doit avant tout prendre le temps, re-convoquer les patients sur plusieurs consultations et ainsi se donner l'occasion de prendre du recul, car la pression du rythme des consultations est très forte.

Il doit également dire, verbaliser le fait qu'il y a quelque chose de préoccupant chez l'enfant, mais en se plaçant comme « trait-d'union entre les parents et l'enfant ». Il insiste sur la notion de « commentaire interrogatif », manière d'énoncer le problème en s'adressant à l'enfant, sans que le parent ne se sente directement mis en cause.

Le médecin doit chercher des points de soutien pour les parents, d'abord leur demander s'ils ont de la famille proche qui peut les aider, puis élargir à d'autres cercles d'aides possibles.

Si le médecin adresse la famille vers un autre interlocuteur, il doit prévenir tout malentendu, s'il fait cela ce n'est ni que le problème est trop grave, ni qu'il souhaite s'en défaire, c'est pour avoir une aide « en plus », pour s'appuyer sur quelqu'un d'autre, mais il va continuer la prise en charge, aux côtés de la famille.

Le médecin a également un rôle pour aider les parents dans leur éducation de l'enfant : alerter les parents sur leur degré de sévérité (exemple : ne pas être trop exigeant avec un enfant de 3 ans sous prétexte qu'il est plus âgé que son frère de 1 an), expliquer que l'enfant qui dit non ce n'est pas un enfant qui désobéit mais un enfant qui s'affirme... Il faut donner confiance aux parents, s'ils se sentent en échec, frustrés, en défaut d'autorité, ils peuvent devenir maltraitants.

Pour le Dr Despinoy la violence morale est la plus problématique, car elle est insidieuse, très néfaste pour l'enfant mais très difficile à dépister. De plus les parents ne se rendent pas compte de ce qu'ils font subir. C'est pour cela que le médecin doit rester attentif aux petits signes et faire transparaître aux parents ce qui n'est pas bon pour l'enfant.

Le soignant doit se mettre en position d'allié de la « partie saine » du parent et parler à la « partie adulte » de l'enfant. Il rappelle cette théorie selon laquelle à partir de 2 ou 3 ans l'enfant commence à avoir une part d'adulte en lui.

On l'aura compris, le médecin a une responsabilité de prévention, d'information et d'éducation, afin de guider les parents et les enfants. Devant une situation compliquée, il faut agir, il n'y a pas de mauvaise voie, elles sont propres à chacun, la seule erreur consisterait à se détourner du problème.

V. Conclusion



RENZI Camille

CONCLUSIONS

La maltraitance infantile est une problématique qui touche toutes les sociétés mais qui reste difficile à quantifier. Les estimations varient selon les pays et les définitions, mais donnent des chiffres d'environ 10% de prévalence, allant même jusqu'à 30% pour certains.

L'étude de l'histoire nous montre le déni dans lequel ont longtemps été plongé ces enfants, simplement non considérés. Dans les derniers siècles, la plupart des affections infantiles ont été vaincues mais celle-ci reste l'une des dernières encore à combattre.

Les conséquences de la maltraitance sont multiples : dépression, troubles border-line, troubles des conduites, abus de drogues, d'alcool, tentatives de suicide... Les châtiments corporels ont montré les mêmes effets à long terme et sont déjà interdits dans une cinquantaine de pays à travers le monde.

Dans cette étude ont été interrogés 13 médecins généralistes en Drôme-Ardèche au cours d'entretiens compréhensifs de 13 à 40 minutes pour connaître leur vision du dépistage de la maltraitance infantile dans leur exercice, les freins qu'ils peuvent rencontrer ainsi que les éléments qui peuvent les aider.

L'analyse transversale de ces entretiens montre que les médecins se sentent tous concernés par cette problématique mais de nombreux facteurs les entravent dans le dépistage : la solitude ressentie, le manque de temps, le comportement des parents et des enfants, une méconnaissance des structures et des procédures, une vision parfois étroite ou floue de la maltraitance, la crainte judiciaire, la peur des parents, la peur de provoquer « un désastre », la gêne d'aborder certains sujets voire des réactions de déni. Ils se trouvent alors parfois en situation d'impasse qui les conduisent à « baisser les bras ».

Ces résultats sont en accord avec plusieurs études qualitatives réalisées sur le sujet.

Ces freins peuvent cependant être combattus :

- les lois ont été modifiées depuis 2004 dans le sens d'une plus grande protection des médecins, visant à une facilitation du partage des informations.
- la formation des médecins se met en place, même-si elle repose avant tout sur le volontariat, elle leur permettra de mieux appréhender les situations et de mieux gérer l'avalanche émotionnelle que peut engendrer la confrontation à cette problématique.
- des nouvelles structures sont apparues au niveau départemental comme la CRIP depuis 2007 et le médecin référent "protection de l'enfance" depuis 2016. Celui-ci « *peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux* » selon le décret. Le médecin ne doit donc plus se sentir seul.

Néanmoins, les structures « sociales » semblent toujours distantes et floues pour les médecins généralistes, il faut encourager tout ce qui participera au dialogue et la connaissance mutuelle, c'est un enjeu majeur cité par toutes les études.

Lorsque l'on s'attache aux réponses apportées par les médecins généralistes, tous ont explicités des actions, réparties selon 3 niveaux : d'abord explorer la situation auprès des parents et de l'enfant ; ensuite la possibilité d'agir auprès d'eux par l'éducation, les conseils, la prévention, l'étayage, etc. ; dans d'autres situations ils pourront se référer à un autre professionnel (15 catégories professionnelles ont été citées : PMI, pédiatre, psychiatre, infirmière scolaire, urgences pédiatriques, etc.).

En cas d'échec, il restera à lancer une procédure.

Il apparaît en revanche que les médecins sont très réticents à engager ces procédures et appréhendent leurs conséquences. De plus, peu de médecins connaissent le concept d'information préoccupante, visant à « un accompagnement de la famille », loin de la procédure à vocation judiciaire qu'est le signalement. Il a pourtant été mis en place en 2007.

Il faut insister sur l'information des médecins, il y a eu de profonds changements depuis cette réforme de la protection de l'enfance : dans la loi, les procédures et les structures.

Dans ces entretiens, on se sera également attaché à mettre en lumière les stratégies facilitantes mises en place par les médecins :

- s'appuyer sur les avantages du médecin généraliste : proximité avec la famille, connaissance du contexte socio-économique, possibilité de prévention.
- le repérage du patient en risque : précarité sociale, isolement, détresse parentale, mauvaise construction du lien mère-enfant, conflits parentaux.
- certaines techniques : revoir les patients, ne pas attaquer de front, séparer les interlocuteurs, avoir un interlocuteur professionnel privilégié, s'aider d'une prise de décision partagée et ne pas prendre une position d'enquêteur mais « de préoccupation ».
- des éléments de la vision du médecin semblent également faciliter : volonté d'agir, absence de gêne avec le sujet, définition large de la maltraitance, apport de l'expérience qui donne à certains un « feeling » des situations à problème.

Au total il ressort de cette étude que les médecins généralistes sont sensibles et actifs devant les maltraitances infantiles mais ils se sentent parfois dépassés par certains points qui les freinent dans leur actions. On retiendra l'éloignement d'avec les services sociaux, la méconnaissance de l'information préoccupante et de nombreuses peurs, gênes et craintes. Ces facteurs ne semblent pas si difficiles à surmonter, il faut cependant en prendre conscience pour pouvoir s'en affranchir.

Les médecins généralistes, seuls médecins à suivre toutes les périodes de la vie d'une famille, ont un vrai rôle de prévention, de sensibilisation, d'éducation et de repérage des situations à risque. La problématique du dépistage de la maltraitance infantile est très complexe, puisque par nature cachée et tue, mais lorsque des signes transparaissent et que le doute s'installe, il faut agir, peu importe les moyens, on a vu qu'ils pouvaient être nombreux et propres à chacun. Il faut entendre que ces enfants sont en danger ou, pour l'enfant à naître, seront en danger. La maltraitance infantile est une affection grave, elle doit être appréhendée comme telle, on ne peut rester indéfiniment dans l'inquiétude et l'expectative pour ces enfants.

Le Président de jury,
Professeur Jean-Pierre DUBOIS
Signature



VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux


Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 19/09/2017

VI. Bibliographie

1. Bot Y. Maltraitance chez l'enfant. Rey-Salmon C, Adamsbaum C, éditeurs. Paris, France: Médecine Sciences Publications-, DL 2013; 2013. xx+230.
2. Wheeler SM, Williams L, Beauchesne P, Dupras TL. Shattered lives and broken childhoods: Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. *Int J Paleopathol*. 1 juin 2013;3(2):71-82.
3. Tardieu A. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants. *Ann D'hygiène Publique Médecine Légale*. 1860;13:361-98.
4. Tardieu A (1818-1879). Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs (3e édition) / par Ambroise Tardieu,... [Internet]. 1859 [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77011r>
5. Tardieu A. Étude médico-légale sur l'infanticide [Internet]. Paris : J.-B. Baillière; 1868 [cité 21 sept 2016]. 654 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/b28132257>
6. Tardieu A (1818-1879) A du texte. Étude médico-légale sur les blessures : comprenant les blessures en général et les blessures par imprudence. Les coups et l'homicide involontaires / par Ambroise Tardieu,... [Internet]. 1879 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76974w>
7. Fuzier-Herman E. De la protection légale des enfants contre les abus de l'autorité paternelle. A. Marescq aîné; 1878. 164 p.
8. Waugh B. *The Children's Guardian*. 1887.
9. Bernard P. Des attentats à la pudeur sur les petites filles [Thèse]. [Lyon, France]: Faculté de médecine et de pharmacie; 1886.
10. Blanc A-P-M (juge à V. Loi du 24 juillet 1889. Les enfants maltraités ou moralement abandonnés, memento des droits que l'Assistance publique, les sociétés de bienfaisance et les particuliers peuvent acquérir sur les enfants maltraités ou moralement abandonnés, par P. Blanc,... [Internet]. 1895 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62469297>
11. Loi du 22 juillet 1912 [Internet]. [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/loi1912.pdf
12. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl*. avr 2005;29(4):311-24.
13. Darya Vassigh D. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité. Le cas des médecins légistes de la fin du XIXe siècle. *Rev D'histoire L'enfance « Irrégul » Temps Hist*. 15 nov 1999;(Numéro 2):97-111.
14. Brouardel P. Nécrologie - A.Tardieu. *Ann Hygiène Publique Médecine Légale*. 1879;3(1):187-9.
15. Fournier A. Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants. *Ann Hygiène Publique Médecine Légale*. 1880;3(4):498-519.
16. Bonnet C. *L'Enfant cassé: L'inceste et la pédophilie*. Albin Michel; 2015. 169 p.
17. Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie. Paris, France: Presses universitaires de France; 1956. x+254.

18. Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904 [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Lettres_%C3%A0_Wilhelm_Fliess_1887-1904
19. Freud S. Oeuvres complètes: psychanalyse. Volume III, Volume III,. Vol. L'Étiologie de l'Hystérie. Paris: Presses universitaires de France; 1989.
20. Freud, une vie, Peter Gay | Fayard [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: /freud-une-vie-9782213678412
21. Thoinot L-H. Attentats aux mœurs et perversion du sens génital / par le Dr. L. Thoinot,... [Internet]. Paris: O. Douin; 1898 [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77007h>
22. Bourdin C-É. Étude médico-psychologique. Les enfants menteurs, par le Dr C.-É. Bourdin,... l'Étoile; 1883. 28 p.
23. Motet A. Les faux témoignages des enfants devant la justice. Ann Hygiène Publique Médecine Légale. 1887;3(17):481-96.
24. Dupré EP, Achalme PJ, Bourget P. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris, France: Payot; 1925. xxii+501.
25. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery--will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. Child Abuse Negl. mars 1998;22(3):159-69.
26. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol Radium Ther. août 1946;56(2):163-73.
27. Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. mars 1953;69(3):413-27.
28. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA. 7 juill 1962;181:17-24.
29. Silverman FN. Unrecognized Trauma in Infants, the Battered Child Syndrome, and the Syndrome of Ambroise Tardieu. Radiology [Internet]. 1 août 1972 [cité 6 sept 2017]; Disponible sur: http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/104.2.337?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&
30. Fessard C, Maroteaux P, Lamy M. [Silverman's syndrome: « multiple fractures in infants » (study of 16 cases)]. Arch Fr Pediatr. juill 1967;24(6):651-66.
31. Jenny C. Medicine discovers child abuse. JAMA. 17 déc 2008;300(23):2796-7.
32. Rey A, éditeur. Dictionnaire historique de la langue française: contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1992.
33. Block RW, Palusci VJ. Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. J Pediatr. 1 juin 2006;148(6):711-2.
34. Fliess R. Symbol, dream, and psychosis. International Universities Press; 1973. 456 p.
35. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance | Legifrance [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>
36. H.A.S. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014 [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

37. Code civil - Article 375 | Legifrance [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426776>
38. OMS | La maltraitance des enfants | Aide-mémoire N°150 [Internet]. WHO. 2016 [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
39. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 3;373(9657):68-81.
40. Maltraitance chez l'enfant REY-SALMON Caroline, ADAMSBAUM Catherine [Internet]. Librairie Lavoisier. [cité 13 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/maltraitance-chez-l-enfant/rey-salmon/descriptif-9782257205773>
41. Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
42. DeMause L. The universality of incest. *J Psychohist*. 1991;19(2):123-64.
43. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ Can Med Assoc J*. 10 juin 2014;186(9):E324-32.
44. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. mai 1994;18(5):409-17.
45. Texte adopté n° 878 - Projet de loi, adopté, par l'Assemblée nationale, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, relatif à l'égalité et à la citoyenneté [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0878.asp>
46. Saisine par 60 sénateurs - 2016-745 DC [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2017/2016-745-dc/saisine-par-60-senateurs.148545.html>
47. Décision n° 2016-745 DC du 26 janvier 2017 [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2017/2016-745-dc/decision-n-2016-745-dc-du-26-janvier-2017.148543.html>
48. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl*. oct 2006;30(10):1093-103.
49. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. juill 2002;128(4):539-79.
50. Beauchaine TP, Webster-Stratton C, Reid MJ. Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: a latent growth curve analysis. *J Consult Clin Psychol*. juin 2005;73(3):371-88.
51. Fairchild L, Erwin WM. Physical Punishment by Parent Figures as a Model of Aggressive Behavior in Children. *J Genet Psychol*. 1 juin 1977;130(2):279-84.
52. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. déc 2003;27(12):1427-39.
53. Innocenti UO of R-. A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations [Internet]. UNICEF-IRC. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.unicef-irc.org/publications/353/>
54. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities

in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl.* juill 2010;34(7):534-44.

55. Tursz A. Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ? *Arch Pédiatrie.* 1 avr 2014;21(4):343-6.
56. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 1 sept 2013;37(9):664-74.
57. Widom CS. The cycle of violence. *Science.* 14 avr 1989;244(4901):160-6.
58. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes□ . *Child Abuse Negl.* juin 2002;26(6–7):679-95.
59. Pinheiro PS. Rapport de l'expert indépendant chargé de l'étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants. Assemblée Générale de Nations Unies; 2006.
60. Raynal F, Allermoz E. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. *Médecins Mag Ordre Natl Médecins.* 2015;38:16-22.
61. Daheron M. Evaluation de l'enfance en danger en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2014.
62. Haute Autorité de Santé. Questions-reponses-Maltraitance infantile [Internet]. 2014 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf
63. Justice / Portail / Justice des mineurs [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/references-statistiques-justice-12837/justice-des-mineurs-29587.html>
64. Charraut S. Signalement de la maltraitance infantile: connaissances et pratiques des médecins généralistes du Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.
65. Bonnet C. Maltraitance infantile: Repérage et prise en charge : étude des pratiques chez les médecins généralistes du Jura en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.
66. Clément A. La prise en charge de la maltraitance infantile au cabinet de médecine générale: enquête en Guadeloupe [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles et de la Guyane. UFR des sciences médicales; 2013.
67. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Nathan; 1996.
68. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense: théorie et clinique. Paris: Colin; 2012.
69. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment. *Ambul Pediatr.* 1 mars 2005;5(2):96-101.
70. Dubreucq E. Signalement des suspicions de maltraitements envers les mineurs par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
71. Verrier M. Maltraitance infantile: état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.

72. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse Negl.* 1 nov 2000;24(11):1461-70.
73. Code pénal - Article 226-14 | Legifrance [Internet]. [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=87350DEAB1E42C44AFC06B9E231E9D06.tpdila10v_2?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=
74. Code pénal - Article 434-3. Code pénal.
75. Brainerd CJ, Reyna VF. Reliability of Children's Testimony in the Era of Developmental Reversals. *Dev Rev DR.* sept 2012;32(3):224-67.
76. N° 3125 - Rapport d'enquête de M. Philippe Houillon chargée de rechercher les causes des dysfonctionnements de la justice dans l'affaire dite d'Outreau et de formuler des propositions pour éviter leur renouvellement [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-enq/r3125.asp>
77. Devevey J, Thévenon M, Bonnefond H, Charles R. Enfance en danger : pour mieux aider les familles en difficulté... Une enquête de pratique en médecine générale. *Médecine.* 1 mai 2012;8(5):232-7.
78. Code de l'action sociale et des familles | Articles R226-2-2 à R226-2-7 [Internet]. [cité 13 sept 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BD00C8E4005B434ED735E9F067D122EF.tpdila23v_1?idSectionTA=LEGISCTA000028173201&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20170713
79. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant | Legifrance [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
80. Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles - Article 1 | Legifrance [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=CF765B54AEE7F0CF04765E064101734C.tplgr26s_1?cidTexte=JORFTEXT000033359294&idArticle=LEGIARTI000033359792&dateTexte=20161109
81. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *Am J Dis Child* 1960. avr 1985;139(4):393-5.
82. Iles PA, Auluck R. From organizational to interorganizational development in nursing practice: improving the effectiveness of interdisciplinary teamwork and interagency collaboration. *J Adv Nurs.* janv 1990;15(1):50-8.
83. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
84. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel | Legifrance [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455&categorieLien=id>

85. Ogier D. Les médecins généralistes de l'Ain et la protection de l'enfance : « Ecouter, observer, s'interroger, agir ». Lyon 1; 2017.
86. Kompé-Tchamgoué A. Les freins à la révélation de la situation de danger par le professionnel. *Enfances Psy*. 2013;61(4):150.
87. Rey C, Lopez G. Conférence de la Faculté de médecine Paris Descartes - La maltraitance, un fléau de santé publique? [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=gMrYhZoBif0>
88. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels [Internet]. Paris, Sénat; 2013 juin [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapp-fin-comite-suivi-octobre-20142.pdf>
89. King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The Effects of Sociodemographic Variables, Training, and Attitudes on the Lifetime Reporting Practices of Mandated Reporters. *Child Maltreat*. 1 août 1998;3(3):276-83.
90. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health Care Providers' Experience Reporting Child Abuse in the Primary Care Setting. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 mai 2000;154(5):489-93.
91. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 | Legifrance [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031632884&categorieLien=id>
92. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann*. mai 2005;34(5):349-56.

VII. Annexes

A) ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

« J'effectue un travail sur le vécu des médecins généralistes face au dépistage des maltraitances aux enfants au cabinet de médecine générale. »

Thèmes à aborder, questions de relances si nécessaire (cochées au fur et à mesure pour ne pas oublier de thème) :

- **Avez-vous déjà suspecté** une maltraitance ? Racontez-moi...
- Quels **signes / symptômes** pourraient vous faire penser à des maltraitances ?
- Comment **recueillir la parole** de l'enfant ? Faites-vous des consultations seul avec l'enfant ?
- **Que faites-vous** lorsque vous suspectez une maltraitance ? Quelles **options** ? Quels **interlocuteurs** ?
- Quelles sont les **difficultés ressenties** dans ces situations ?
- Que pensez-vous de la **position du médecin généraliste** au sein du dépistage ? En quoi est-il bien placé, mal placé ?
- Qu'est-ce qui pourrait **aider le médecin généraliste** ? Avez-vous des demandes pour ce qui est de la **formation** ?

B) ANNEXE 2 : COORDONNÉES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DE LA DRÔME

Interlocuteurs au Département

**Direction enfance famille santé
médecin départemental**
13 avenue Maurice FAURE
26000 VALENCE
Tél. : 04 75 79 70 71
Fax : 04 75 41 35 51

CRIP Drôme :
Direction enfance famille santé
13 avenue Maurice FAURE
26000 VALENCE
Tél. : 04 75 79 70 78
Fax : 04 75 41 35 51
Mel : dromesolidarités@ladrome.fr
N° Azur : 0 810 01 26 26

Responsables de Pôle, par délégation du Président du Conseil général :

Pôle Drôme des collines
12 rue du Cheval Blanc
26300 BOURG DE PEAGE
Tél. : 04 75 70 88 49
Fax : 04 75 70 88 68

Pôle Valentinois
30 rue Gallieni
26000 VALENCE
Tél. : 04 75 40 78 77
Fax : 04 75 80 10 01

Pôle Vallée de la Drôme-Couronne
18 rue Jean Mermoz
26000 VALENCE
Tél. : 04 75 82 43 61
Fax : 04 75 55 73 03

Pôle Drôme provençale
4 avenue du Teil
26200 MONTÉLIMAR
Tél. : 04 75 00 85 41
Fax : 04 75 01 68 06

**Maison des enfants (dispositif
départemental d'accueil d'urgence)**
30 rue des loisirs
26500 BOURG LES VALENCE
Tél. : 04 75 82 15 40
Fax : 04 75 42 43 74

Interlocuteur au Tribunal de Grande instance

**Procureur de la République
(magistrat en charge des mineurs)**
TGI Place du Palais
26000 VALENCE
Tél. : 04 75 75 49 49 (standard TGI)
Fax : 04 75 43 91 72

C) ANNEXE 3 : COORDONNÉES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DE L'ARDÈCHE

Département

Directeur général adjoint solidarités, éducation, mobilités	
Directeur enfance, santé, famille	Direction de la solidarité départementale
Directeur adjoint enfance	2 bis rue de la Recluse
Responsable de la Cellule de recueil des informations préoccupantes	07000 Privas
Chef du service judiciaire d'action éducative	04 75 66 78 07 (standard DSD)
Directeur adjoint santé, famille	04 75 66 78 47 (accueil direction enfance)
Foyer de l'enfance	Foyer de l'enfance
• Directeur	15 avenue du Vanel - 07000 Privas
• Chefs de service	04 75 66 76 40
Directeur territorial de l'action sociale	Territoire d'action sociale Nord
• Chef de service enfance	Maison du Département
• Chef de service protection	rue de la Lombardière
• chef de service santé, famille	07100 Annonay
	04 75 32 42 01
	Territoire d'action sociale Centre
	740 rue Jean Moulin
	07500 Guilhaud-Granges
	04 75 44 91 73
	Territoire d'action sociale Sud-Est
	15 rue du Travail
	07401 Le Teil cedex
	04 75 49 54 85
	Territoire d'action sociale Sud-Ouest
	15 avenue de Sierre
	07200 Aubenas
	04 75 87 85 61

Services judiciaires

Procureur de la République	
Juge des enfants	
Service éducatif auprès du tribunal	Tribunal de grande instance
Permanence éducative tous les matins de 9h à 12h	10 Cours du Palais
Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse	07000 Privas
Directrice du centre d'action éducatif	04 75 66 40 00

D) ANNEXE 4 : FICHE-TYPE DE RECUEIL D'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE



Fiche de recueil d'une information préoccupante

Fiche à transmettre à la cellule départementale de recueil-traitement-évaluation des informations préoccupantes

Information préoccupante transmise par :

Date : Nom :
 Adresse :
 Téléphone : Courriel :@.....
 Service :
 Quel lien avec le mineur (enseignant, voisin, ...) :

A renseigner par la cellule départementale :

Date : Origine de l'information : ☐ Anonyme ☐ Non anonyme
 Nom de la personne qui a reçu l'information :
 MDR :
 Accusé de réception le :

Enfant(s) concerné(s)

NOM	Prénom	Age	Fille - Garçon
			☐ F ☐ G
			☐ F ☐ G
			☐ F ☐ G
			☐ F ☐ G
			☐ F ☐ G
			☐ F ☐ G

Adresse :

Ecole fréquentée ou crèche :

Existence d'un suivi : ☐ Non ☐ Oui , lequel :

Parents

Père

NOM : Prénom :

Adresse (si différente de celle des enfants) :

Mère

NOM : Prénom :

Adresse (si différente de celle des enfants) :

Motif de la transmission, éléments préoccupants

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À remplir par la MDR

Première note évaluative médico-sociale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E) ANNEXE 5 : HAS – FICHE MÉMO - MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT :
REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR

Suivi de

F) ANNEXE 6 : VERBATIMS DES ENTRETIENS (SUPPORT CD-ROM)

Auteur : RENZI Camille	
Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : Les freins au dépistage, les aides possibles. Étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche	
140 pages 6 figures 3 tableaux	Th. Méd. : Lyon 2017 n°256
Résumé : <u>Introduction</u> Les maltraitances infantiles sont une problématique difficile par nature cachée et tue. On estime pourtant leur prévalence annuelle à 10%. Les médecins ont une place dans le dépistage des enfants en dangers, mais on en recense seulement 2% à l'origine des signalements. Cependant, les statistiques ne peuvent résumer leurs actions. <u>Matériel et Méthode</u> Nous avons interrogé 13 généralistes en Drôme-Ardèche par entretiens compréhensifs de 13 à 40 minutes pour connaître leur vision du repérage des maltraitances infantiles, ainsi que leurs freins et leurs facteurs facilitants. <u>Résultats</u> Les médecins interrogés apportent de nombreuses réponses (prévention, suivi, étayage, adressage inter-professionnel...) mais se sentent souvent en difficulté pour engager des procédures. Les généralistes méconnaissent les avancées récentes concernant la protection de l'enfance : information préoccupante, CRIP, protection législative totale du médecin. Ils se sentent distants des services sociaux. La crainte judiciaire est très présente et ils attendent des "suspensions certaines" alors qu'ils réproouvent à devenir enquêteur. Leur vision est surtout focalisée sur la maltraitance physique. On note également des freins psychologiques : peur des parents ou tendance à s'identifier, vision idéalisée de la famille, déni qui s'exprime par un refus de nommer la maltraitance, des discordances, une minimisation ou une banalisation. <u>Conclusion</u> Une vision globale de la problématique, la connaissance des structures, le dialogue avec les services sociaux et le travail sur les freins psychologiques viendront en aide aux médecins généralistes. Leur position leur donne de nombreux atouts pour agir en prévention, accompagner les familles et faire avancer les consciences sur le sujet.	
Mots clés : Maltraitance des enfants, Signalement, Information préoccupante, Entretien compréhensif, Recherche qualitative	
Jury : -Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS -Membres : Monsieur le Professeur Pierre COCHAT Monsieur le Professeur Daniel FLORET Monsieur le Docteur Thierry FARGE	
Date de la soutenance : 17 octobre 2017	
Adresse de l'auteur : camille.renzi@gmail.com	