

Année 2019

2019 TOU3 1173

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Elodie BELOT**

Le 20 Décembre 2019

### PROPOSITION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE, HORS ATTEINTE SEXUELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Leila LATROUS**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU  
des **Facultés de Médecine** de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2019

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

**Professeurs Emérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur CARATERO Claude	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur JOFFRE Francis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARBUS Louis	Professeur CHAP Hugues	Professeur LAGARRIGUE Jacques	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur ARLET Philippe	Professeur CONTÉ Jean	Professeur LARENG Louis	Professeur MURAT
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur LAURENT Guy	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur BOCCALON Henri	Professeur DABERNAT Henri	Professeur LAZORTHES Yves	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur BONEU Bernard	Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur MANELFE Claude	Professeur SIMON Jacques



# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

**P.U. - P.H.**

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.Ex2)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. BOYER Pierre	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.Ex2)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.Ex2)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. STILLMUNKES André

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Leila

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes  
condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la  
morale, de l'honneur et de la probité.*

*Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,  
mes confrères et la société.*

# REMERCIEMENTS

## Le jury

---

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**, Professeur des Universités, maître de stage universitaire, médecin généraliste à Tarbes, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce travail. Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Leila LATROUS**, responsable du pôle santé de l'enfant et de l'adolescent du DUMG, maître de Conférence associé au DUMG de Toulouse, médecin généraliste à Saint-Jory, je vous suis extrêmement reconnaissante pour l'intérêt porté à ce travail qui m'est cher en acceptant de participer à ce jury. Merci pour la qualité de la formation que vous nous délivrez au sein du DUMG.

**À Monsieur le Dr Bruno CHICOULAA**, responsable du pôle vieillissement et dépendance en soins premiers, maître de Conférence associé, médecin généraliste à Toulouse, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'être là aujourd'hui.

**Et bien évidemment à Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**, Professeur des Universités, maître de stage universitaire et médecin généraliste à Montréjeau, pour tes qualités humaines ainsi que de directeur de thèse qui ont rendu ce travail si agréable. Merci pour toute cette bienveillance dont tu fais preuve. J'espère que l'avenir à Mont Royal sera aussi riche et passionnant que ces mois passés.

## La Med Gé

---

Je tiens également à remercier les **178 médecins généralistes** ayant bien voulu répondre à mon questionnaire. Votre implication dans ce travail a été d'une grande motivation et merci également pour ces messages d'encouragement que vous m'avez transmis, je les ai accueillis avec un immense plaisir.

Je tiens également à remercier les **maîtres de stage** qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus. Notamment **l'équipe des urgences de Rodez** pour ces sourires et cet humour même aux heures tardives de la nuit, au **Docteur PERROT** et à **Elisabeth** pour cette énergie débordante, au **Docteur PUJOL** pour ses connaissances passionnantes ainsi qu'à **Brigitte** et **Mary** pour votre délicieuse cuisine et votre convivialité. Vous avez été d'une grande aide pour traverser ces 3 années mouvementées.

## La famille

---

Je remercie évidemment toute ma famille pour m'avoir supportée tout le long de ces études et particulièrement : **Michel et Mirelle DEBEAUDOIN** pour m'avoir transmis les plaisirs de la campagne. **Valérie** sans qui ma rigueur, ma résistance et mes capacités d'organisation n'auraient jamais pu me conduire jusqu'au bout. **Laurent** pour m'avoir soutenue dans mon choix de parcours et avoir supporté mon caractère bien trempé qui ne se laisse pas faire. **Marion**, ma voyageuse et déjantée de petite sœur, même si la colocation ne nous a pas réussi et que tes aventures te portent toujours plus loin, tu restes un vrai moteur dans ma vie et je t'ai toujours avec moi près de mon cœur. A **Maryse** pour l'intérêt, l'énergie, la patience, le sérieux et bien plus encore dont tu as fait preuve pour mes travaux d'écritures et la suppression de mes virgules excessives toujours dans la joie et l'allégresse. Et pour finir, **Monique et Jean-Marie** pour votre hospitalité, votre amour, votre générosité dont chaque jour vous faites preuve à mon égard malgré mon énergie tumultueuse.

## Les copains

---

**Les faluchards** : Je souhaite remercier la grande famille des faluchards qui m'a accueillie et dans laquelle j'ai fait des rencontres exceptionnelles qui ont marqué ma vie et m'ont permis de sortir de ma coquille. Notamment **Benjamin** et **Anne-Charlotte**, mais aussi **Babeth**. **Angelina** pour m'avoir supporté malgré mes câlins envahissants. **Raphaël** pour ton accueil et ta gentillesse. **Mathieu** et **Amandine** ma fillote pour ces sessions révisions toujours dans la bonne ambiance. **Alex (alias Rico)** pour ta perspicacité dans nos discussions et plus encore. **Silvère** pour m'avoir sans limite offert un toit et été d'un réconfort à toute épreuve, plein de gentillesse et d'attentions, dans la joie et la bonne humeur malgré mes tentatives vicieuses de te faire subir « ma psychologie de comptoirs ».

**La WCL & al** : **Maïté** qui nous a quittée bien trop tôt pour qui chaque moment était une fête. **Baptiste, Taltal, Kevin, Lulu, Xavier, Laura et tous les autres** avec qui les soirées sont toujours plus folles et endiablées et, plus particulièrement, **Paul** pour ta générosité et ta cuisine excellente mais également de m'avoir fait rencontrer **Fred** et **Françoise** que je remercie pour leur hospitalité et leur patience à la BELOTE...encore désolée, je n'aime pas perdre. **Laetitia** pour ta prévenance et ton écoute. **MG** pour ce soutien indéfectible face à l'envahisseur et ton enthousiasme dans le partage d'activités.

**Béné** pour nos sessions bricolages si chères à mes yeux et nous sortant du quotidien médical. **Alex** qui a fait preuve d'une patience extrême durant ces quasi 3 ans de cohabitation y compris lors de mes sessions lessives de détente. **Mickmick** toujours là pour raconter avec panache les histoires et dont je tiens le fameux « j'ai mal à ma vie » qui me plait tellement à répéter. **Pauline** ou plutôt Popotin pour ton grain de folie qui rend le « Da » presque normale et la niaiserie une habitude. **Gigie** pour ta douceur, ton soutien mais aussi ta prévenance et ton écoute même dans la galère. **Carole** pour ta ténacité sous couvert d'une sensibilité réservée toujours prête à rendre service et à défendre les autres. Et bien évidemment, **Loren** pour ton énergie inépuisable, ta sensibilité touchante et ta générosité débordante qui a su venir à bout de ma carapace.

*Les castrais et compagnies* : Un grand merci à tous les internes qui ont croisé ma route. Notamment à **Clara** et **Pauline** pour ces fous rires et ces récoltes délicieuses. A **Julien** pour tes apparitions pyjamas improbables. **Julie** et **Kévin** pour cette bonne humeur. **Brice** pour tes talents de cuisinier et ton hospitalité sans limite. **Chloé** pour ta patience face à nos discussions médicales interminables. **Steven** qui rend les soirées toujours folles. **Etienne** pour ton énergie et ton sérieux, voyant au-delà de mon piquant. **La famille Galopin** pour ces moments de partage et de douceur. **Alexis** pour ta gentillesse, ton humour noir et nos soirées pizza-bières riches en échanges. A **Jonathan** pour ton amour des légumes et ta patience. A **Marion** à qui j'en fais voir de toutes les couleurs et qui prend soin de moi surtout quand ça en devient indispensable. Grand merci à **Guigui** pour tes mojitos exceptionnels dont jamais je ne me laisserai quitter à loucher le brunch du dimanche. **Laura** toujours prête à me recevoir même pour une soirée sushis-couverture-télé et qui n'est jamais fatiguée quand il s'agit de parties de beer-pong. **Sandy** dont la cuisine est un de tes nombreux talents égayant les journées. Et bien évidemment à **Axelle alias Paupiette**, véritable ciment dans ce groupe, notre fameuse « Saint-Bernard », pour ton écoute et ton soutien infailible, à tous ces moments partagés de pleurs et de rires qu'aucun mot ne serait capable de décrire et à tous les prochains.

Chacun d'entre vous avez marqué ma vie et m'ont permis d'être là où j'en suis aujourd'hui me permettant ainsi d'affronter chaque nouvelle aventure que la vie me propose avec joie, détermination et courage. Dans l'espoir que cela dure le plus longtemps possible, je vous remercie.

*« Il est des enfances sans joies et sans rires, capables d'engloutir  
le présent et le futur d'un être »*

**Jacques Salomé**

*« Nous devons à nos enfants, qui sont les membres les plus  
vulnérables de toute société, une vie sans peur et sans violence.  
Nous devons ne jamais relâcher nos efforts pour instaurer la  
paix, la justice et la prospérité non seulement dans nos pays,  
mais aussi dans nos communautés et au sein de nos familles.  
Nous devons nous attaquer aux causes de la violence. Alors  
seulement, nous pourrons transformer l'héritage du siècle passé  
et faire d'un fardeau écrasant une leçon de prudence »*

**Nelson Mandela**

*« JE JURE de toujours me souvenir qu'un patient n'est pas  
seulement un cas pathologique, mais aussi un être humain qui  
souffre. À celui qui entrera chez moi pour chercher simplement  
un réconfort, ce réconfort ne sera jamais refusé. »*

# TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
3.1	ETAT DES LIEUX DES RESENTIS DES MEDECINS GENERALISTES .....	18
3.2	LE TSTS-CAFARD .....	19
3.3	LE PRSI.....	19
3.4	RESULTATS COMPLEMENTAIRES.....	21
<b>4</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>22</b>
4.1	DISCUSSION DES RESULTATS .....	22
4.2	FORCES ET LIMITES .....	23
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>25</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>26</b>
	<b>ANNEXE 1 : LES COMMENTAIRES AUX QUESTIONS OUVERTES .....</b>	<b>29</b>
	<b>ANNEXE 2 : MEMOIRE DE DES : MISE AU POINT DE LA MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE NON SEXUELLE CHEZ L'ENFANT EN VUE DE LA CREATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE : REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>31</b>

# 1 INTRODUCTION

---

L'enfant, futur adulte, est un être en développement qui le rend vulnérable. Ce développement psychomoteur est un phénomène de maturation, une succession d'étapes liées à de multiples facteurs génétiques mais également environnementaux qui jouent donc un rôle primordial dans la construction de l'enfant. Mais qu'en est-il dans les situations de maltraitance où il est inapproprié ?

Depuis 2007 en France la protection judiciaire est fondée sur la notion d'enfant en danger. Elle inclut à la fois la maltraitance infantile et l'enfant à risque de maltraitance. La maltraitance infantile est définie selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « *toute violence ou négligence envers les mineurs* » (1). Elle revêt des formes variées : violences physiques y compris la fessée, châtiments corporels devenus interdits en France depuis la loi du 10 juillet 2019 (2) ou encore sexuelles. Il faut ajouter les violences psychologiques autrement appelées cruautés mentales sans oublier les violences conjugales (3,4). Les cruautés mentales représentent l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique (humiliations, harcèlements et brimades...). Pour finir, elle inclut les négligences lourdes qui sont des défauts de soins ayant des conséquences graves sur le développement des enfants. Il s'agit d'un « *non-respect des besoins fondamentaux des enfants* » dont l'attachement est un besoin primaire pour se développer, lequel permet de trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié (5). L'enfant à risques de maltraitance se définit quant à lui comme un enfant qui « *connait des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité* » (3,4).

Il est important de préciser que l'intention de nuire n'est pas nécessairement présente. En effet, elle est le plus souvent secondaire à une incapacité des parents à assurer un rôle parental bienveillant par simple manque de connaissance (6). Cette maltraitance est d'ailleurs presque toujours le fait des parents et touche toutes les classes de la population (7), y compris les plus aisées. La maltraitance infantile se présente sous forme de violences psychologiques bien difficiles à prouver, d'autant qu'existe un consensus général pour ne pas les rechercher et ne pas les voir : « *l'aversion de voir* » (8) qui nous empêche de croire que des familles peuvent ne pas être bonnes pour leurs enfants (9).

Depuis 2006, l'OMS reconnaît la maltraitance infantile comme un problème majeur de santé publique (4). Et pourtant, en 2009, on estimait qu'elle représentait 10 % des enfants dans les pays à « *haut niveau de revenus* » (10). A l'heure actuelle ces chiffres datant de 10 ans déjà sont les plus récents. La France n'est pas en capacité de fournir des chiffres précis (11) et ceux donnés semblent manifestement sous-évalués. Selon un article publié en 2014, les chiffres énoncés seraient de 4 à 16 % des enfants concernés par des abus physiques, environ 10 % des enfants seraient exposés à des abus psychologiques, entre 1 à 15 % auraient subi des négligences graves et, enfin, entre 10 à 20 % des enfants seraient témoins de violences entre les parents (4).

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié de soins premiers, accessibles directement et par tous. Il tient également un rôle dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant de plus en plus important. Il joue un rôle primordial dans la prise en charge de la maltraitance. Néanmoins, selon les données de l'Ordre des médecins (12), seuls 5 % des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical. En région Midi-Pyrénées dans une thèse de médecine générale (13), c'est 3.2 % des informations préoccupantes qui proviennent du secteur médical dont 1 % du secteur libéral. Les chiffres cités par le plan violence permettent de relever que 22 % des personnes ayant constaté ou soupçonné des cas de maltraitements n'ont rien fait pour protéger l'enfant en danger (11). Des facteurs de risque sont identifiés par de nombreuses études (4,14-17) et les conséquences sont variables mais toutes plus dramatiques les unes les autres, que ce soit tant sur le plan physique (retard mental, crises d'épilepsie, troubles visuels, décès, obésité, toxicomanie, dépression etc.) (3,4,18,19) que sur le plan psychologique (impulsivité, troubles des conduites sociales, perturbation de l'image de soi etc.) (3,4,6,17,20,21) ou encore sur le plan socio-économique (impact sur le niveau éducatif, le niveau de chômage, coûts médicaux directs et indirects) (4,15,19). La plus redoutable des conséquences étant sa répétition transgénérationnelle, et ce, y compris après une reconstruction, les personnes auront de perpétuelles interrogations sur la parentalité, l'éducation et la bienveillance de leur enfant.

En France, il existe plusieurs moyens mis en place pour prévenir la maltraitance. Un plan interministériel (11) a notamment été réalisé en 2017 où il est énoncé la création d'un livret de parentalité par la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales) envoyé au cours du 4<sup>e</sup> mois de grossesse pour le 1<sup>er</sup> enfant (8) lequel vient compléter l'entretien prénatal précoce (4). En outre, il existe le SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour

l'Enfance en Danger) qui est joignable au 119 (18). L'HAS (Haute Autorité de Santé) a également réalisé une fiche mémo pour l'aide au repérage et au signalement (5,20,21). Il existe différents protocoles en fonction des départements (astreinte téléphonique par un neuropédiatre à Toulouse, Unité d'Accueil des Enfants en Danger à Nantes) (22). Toutefois, le dépistage passe avant tout par la détection de signes cliniques (23) dont la formation est encore évaluée comme insuffisante par de nombreuses études (70 % des médecins généralistes soulignent le besoin d'améliorer leur formation dans ce domaine (22) y compris chez les pédiatres (24)). A l'étranger, d'autres méthodes sont mises en place comme des programmes de visites à domicile (Nurse-Family Partnership aux Etats-Unis et l'Early Start Programme en Nouvelle Zélande (4)), une surspécialité médicale aux USA la « pédiatrie de la maltraitance » (24) mais également des tests de dépistage (SPUTOVOMO-R aux Pays-Bas (14), Parent-Child Conflict Tactics Scales au Québec (25), Conflict Tactics scale...) (15,26).

Il n'existe à ce jour aucun outil valide de dépistage adapté à la médecine générale. C'est dans ce contexte que j'ai proposé le PRSI, outil de dépistage de la maltraitance infantile non sexuelle en soins premiers pour les 13-18 ans. Il a vu le jour suite à une recherche narrative de la littérature (annexe 2) dont les questions ont été tirées de questionnaires épidémiologiques validées (15,27-29). L'objectif principal de ce travail de thèse est d'évaluer la faisabilité et la pertinence du PRSI auprès de médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire est de faire un état des lieux des ressentis des médecins généralistes face à leur prise en charge de la maltraitance infantile.

## 2 MATERIEL ET METHODE

J'ai réalisé un questionnaire sur la plateforme GOOGLE FORM divisé en 5 rubriques apparaissant chacune à la suite après validation de la page en cours. La première rubrique consistait à présenter le sujet de recherche invitant le lecteur à poursuivre afin de débiter le questionnaire à proprement parler.

### Proposition d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile, hors atteinte sexuelle, en médecine générale

Je me présente, je suis Elodie BELOT, interne de médecine générale à la faculté de Toulouse Paul Sabatier et je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse, dirigé par le Pr POUTRAIN, et présidé par le Pr MESTHE.

Il s'agit d'une thèse sur la maltraitance infantile en médecine générale, et plus exactement, il s'agit de travailler sur la création d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile, hors atteinte sexuelle, pour une utilisation en consultation de médecine générale.

Vous vous demandez probablement pourquoi faire et quelle en serait l'utilité ?... Il vous est probablement déjà arrivé, devant une situation de maltraitance infantile révélée, de décès infantile suspect, ou même de révélations à l'âge adulte d'événements violents intra-familiaux, de vous demander pourquoi vous n'avez rien vu mais surtout comment ne plus passer à côté afin de pouvoir AGIR. Je ne vais probablement rien vous apprendre en vous disant, qu'il se trouve que vous n'êtes pas les seuls. En effet, la maltraitance infantile est un véritable enjeu de santé publique avec de grandes difficultés au repérage et à la prise en charge. Mais elle engendre également un coût important et surtout, des conséquences à court, moyen et long terme, que ce soit sur le plan psychologique ou somatique.

Je vous propose de prendre quelques minutes, afin de vous remettre en mémoire, le nombre de vos patients en souffrance chronique, que ce soit psychologique ou somatique et de vous rappeler l'histoire de leur enfance et de leur éducation. Est-il possible pour vous qu'il y ait un lien ?

Dans ce contexte, je vous propose de m'aider à proposer un outil de dépistage, en répondant à quelques questions. Pour cela, je vous invite à passer à l'étape suivante.

**\*Obligatoire**

La deuxième rubrique portait sur des questions amenant à un état des lieux des ressentis des prises en charge en matière de maltraitance infantile.

#### Etat des lieux

##### 1. Avez-vous déjà rencontré une situation de maltraitance infantile ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

##### 2. Concernant le dépistage de la maltraitance : \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non	Non concerné(e)
Avez-vous rencontrés des difficultés à les dépister ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous utilisé un outil de dépistage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 3. Concernant la confirmation de la maltraitance : \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non	Non concerné(e)
Avez-vous eu recours à des professionnels spécialisés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous rencontré des difficultés à obtenir la confirmation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 4. Concernant la prise en charge : \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Avez-vous eu recours à des aides extérieures ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 5. Un(e) patient(e) vous a-t-il/elle déjà confié à postériori avoir été maltraité(e) dans son enfance alors que vous étiez déjà son médecin traitant à l'époque ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

Commentaires et/ou suggestions libres :

\_\_\_\_\_

La troisième rubrique portait sur le TSTS-Cafard, test de dépistage du mal-être chez les adolescents de 13 à 18 ans, ayant servi de questions d'ouverture au PRSI.

### Première partie : le TSTS-Cafard

Il s'agit d'un questionnaire validé chez les adolescents de 13 à 18 ans afin de repérer le risque suicidaire. Il se compose notamment d'une question sur le stress et notamment le stress familial.

En voici une présentation :

### TSTS-CAFARD

#### TSTS : 5 questions d'ouverture

Thème	Question	Oui	Non
Traumatologie	"As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?"		
Sommeil	"As-tu des difficultés à t'endormir le soir?"		
Tabac	"As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté)?"		
Stress	"Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire"		
	"Es-tu stressé (ou tendu) par la vie familiale"		

Si la réponse est «oui» pour pour l'un des thèmes, complétez en posant les questions ci-dessous (pour le thème concerné).

#### CAFARD : 5 niveaux de gravité

Thème	Question	Oui	Non
Sommeil : Cauchemars ?	"Fais-tu souvent des cauchemars"		
Traumatologie : Agression ?	"As-tu été victime d'une agression physique ?"		
Tabac : Fumeur quotidien ?	" Fumes-tu tous les jours du tabac ?"		
Sress scolaire : Absentéisme	« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »		
Sress familial : Ressenti Désagréable familial	« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »		

Vous pouvez également remplir le formulaire en ligne sur le site [medecin-ado.org](http://medecin-ado.org), vous aurez alors, les résultats

Binder Ph. Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Conception d'un test et validation de son usage (I) et (II).  
La Revue du Praticien Médecine Générale . avril 2004; 18, n°650/651.p576-580, et n° 652/653 p641-645

#### 7. Connaissez-vous le TSTS CAFARD \*

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

#### 8. L'utilisez-vous dans votre pratique : \*

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non  
 Je ne connaissais pas l'outil

La 4e rubrique portait sur le PRSI-test, incluant un rappel du TSTS-Cafard.

### Le nouveau questionnaire : le PRSI test

Il s'agit d'un questionnaire asservi au TSTS Cafard, c'est-à-dire qu'une réponse positive à la question 4 du TSTS Cafard « Es-tu stressé (ou tendu) par la vie familiale ? », conduirait à réaliser ce questionnaire, afin d'aider au dépistage de la maltraitance chez les adolescents, de 13 à 18 ans.

Voici les 4 questions qu'il contient :

1. Prends-tu/Prenez-vous souvent le Petit-déjeuner avec ta mère ou ton père ?
2. Pour le moment, fais-tu/faites-vous un Régime ou autre chose pour perdre du poids?
3. Parles-tu/Parlez-vous parfois de sexualité avec tes/vos parents?
4. Est-ce que des personnes de ta/votre famille te/vous disent des choses ?

Il s'agit d'un mode de réponse binaire OUI/NON.

En cas de test positif, il conviendrait de poursuivre la démarche avec notamment une prise en charge adaptée.

Est-ce qu'une réponse positive associée à ces questions, vous semble de nature à dépister la maltraitance ?

**PRSI : 5 questions d'approfondissement**

Thèmes	Questions	Oui	Non
<b>Petit-déjeuner</b>	« Prends-tu/Prenez-vous souvent le petit-déjeuner avec ta/votre mère ou ton/votre père ? »		
<b>Régime</b>	« Pour le moment, fais-tu/faites-vous un régime ou autre chose pour perdre du poids? »		
<b>Sexualité</b>	« Parles-tu/Parlez-vous parfois de sexualité avec tes/vos parents? »		
<b>Insultes</b>	« Est-ce que des personnes de ta/votre famille te/vous disent des choses blessantes? »		

**9. Prends-tu/Prenez-vous souvent le petit-déjeuner avec ta/votre mère ou ton/votre père ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Cette question est facilement utilisable en consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette question est pertinente pour le dépistage de la maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Pour le moment, fais-tu/faites-vous un régime ou autre chose pour perdre du poids? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Cette question est facilement utilisable en consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette question est pertinente pour le dépistage de la maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Parles-tu/Parlez-vous parfois de sexualité avec tes/vos parents? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Cette question est facilement utilisable en consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette question est pertinente pour le dépistage de la maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Est-ce que des personnes de ta/votre famille te/vous disent des choses blessantes? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Cette question est facilement utilisable en consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette question est pertinente pour le dépistage de la maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Concernant le format de l'outil :**

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
L'ordre des questions vous semble-t-il adapté ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualifieriez-vous le PRSI test comme rapide ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualifieriez-vous le PRSI test comme simple ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce test vous paraît-il intégrable à votre pratique de médecine générale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. Commentaires et/ou suggestions libres :**

---

La 5e et dernière rubrique permettait de manière facultative de renseigner son adresse mail afin de recevoir les résultats du travail de thèse au format PDF.

Le questionnaire a été envoyé par mail aux 621 médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées dont je disposais des adresses. Treize adresses sont revenues en échec à la suite d'une mauvaise orthographe de ma part secondaire à une mauvaise prise de note. Au total, 608 mails sont arrivés à destination.

Le questionnaire a été envoyé la première semaine de juillet 2019, puis une relance a été faite la première semaine d'août 2019. Le recueil des réponses a été arrêté le 5 septembre 2019.

Une option informatique a été ajoutée afin d'obliger les participants à répondre à toutes les questions en vue de poursuivre ceci permettant d'avoir des questionnaires complets. Toutes les questions auxquelles les participants devaient répondre étaient à choix obligatoire hormis les questions ouvertes ainsi que la dernière question fermée, pour laquelle j'ai omis d'inclure cette obligation de choix. Par conséquent, tous les questionnaires ont été inclus.

### 3 RESULTATS

Sur les 608 mails arrivés à destination, j'ai obtenu 178 réponses, soit 29 % de répondants. Cent soixante-douze questionnaires ont été remplis en totalité. Six questionnaires n'ont pas été remplis en totalité en ce qui concerne les questions sur le format : quatre ont répondu à 1 sur les 4 questions, 1 a répondu à 2 questions sur 4 et le dernier a répondu à 3 questions sur 4. Cependant, tous les questionnaires, soit 178, ont été inclus devant le peu de non-réponses (entre 1 et 3) et ne concernaient que les 4 questions sur le format.

Questions sur le format	Total de réponses	Absence de réponses
L'ordre des questions vous semble-t-il adapté ?	176	2
Qualifieriez-vous le PRSI test comme rapide ?	175	3
Qualifieriez-vous le PRSI test comme simple ?	175	3
Ce test vous paraît-il intégrable à votre pratique de médecine générale ?	177	1

**Tableau 1 : Nombre de non-réponses des questions sur le format**

#### 3.1 ETAT DES LIEUX DES RESENTIS DES MEDECINS GENERALISTES

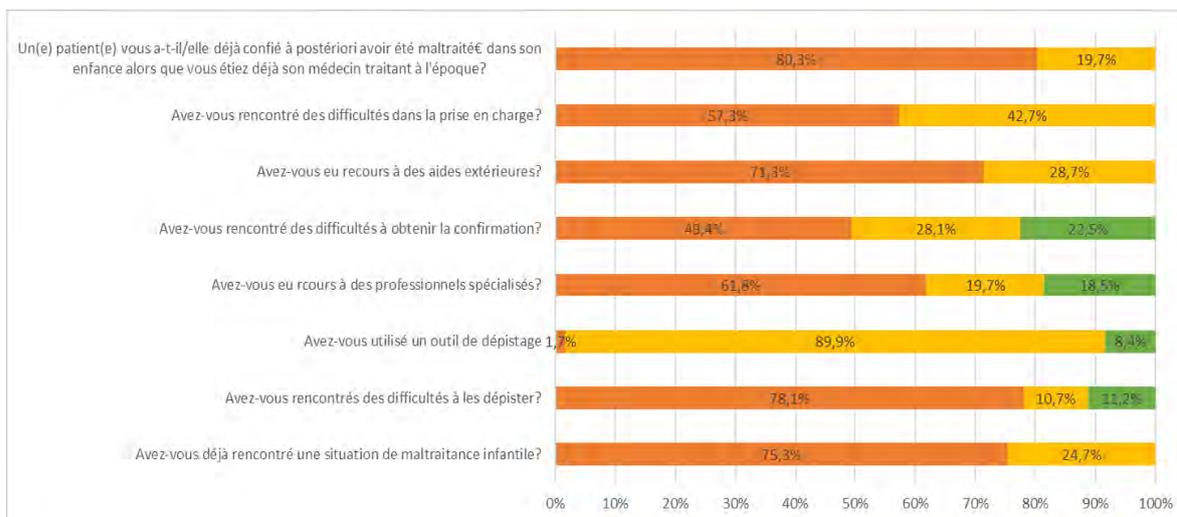
Les médecins généralistes interrogés sont 134 à avoir déjà rencontré une situation de maltraitance soit 75.3 %.

Concernant la suspicion de maltraitance : cent trente-neuf (78.0 %) ont rencontré des difficultés quant au dépistage de la maltraitance, contre seulement 19 (10.6 %) qui n'estiment pas en avoir rencontré ; cent soixante médecins (89.9 %) n'ont pas eu recours à un outil de dépistage alors que 3 déclarent en avoir utilisé un (1.6 %).

Lorsque la confirmation de la maltraitance s'est posée : la grande majorité des médecins généralistes a fait appel à des professionnels spécialisés puisque 110 le déclarent (61.8 %) contre 35 réponses négatives (19.7 %). Cependant 88 médecins (49.4 %) estiment avoir rencontré des difficultés à obtenir une confirmation contre 50 (28.1 %).

En ce qui concerne la prise en charge : cent-vingt-sept médecins (71.3 %) déclarent s'être fait aider. Cependant ils sont 102 (57.3 %) à considérer avoir rencontré des difficultés dans cette prise en charge.

Pour finir, 80.3 % (soit 143) déclarent avoir été confrontés à un échec de dépistage en matière de maltraitance puisqu'on leur a confié a posteriori avoir été maltraité alors qu'ils étaient déjà le médecin traitant.

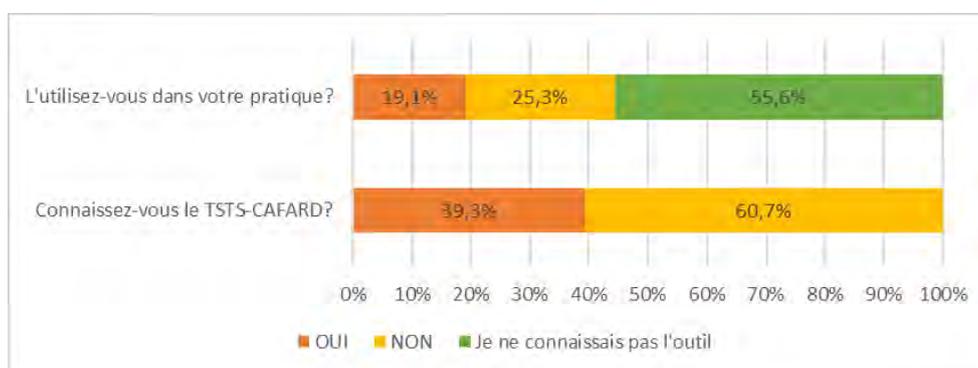


**Graphique 1 : Etat des lieux**

### 3.2 LE TSTS-CAFARD

Parmi les 178 médecins interrogés, 108 (60.7 %) affirment ne pas connaître le TSTS-Cafard et 70 (39.3 %) médecins connaissent l'outil.

Trente-quatre médecins (19.1 %) déclarent utiliser le TSTS-Cafard dans leur pratique et 45 (25.3 %) déclarent ne pas l'utiliser. Enfin 99 (55.6 %) ne connaissent pas l'outil.

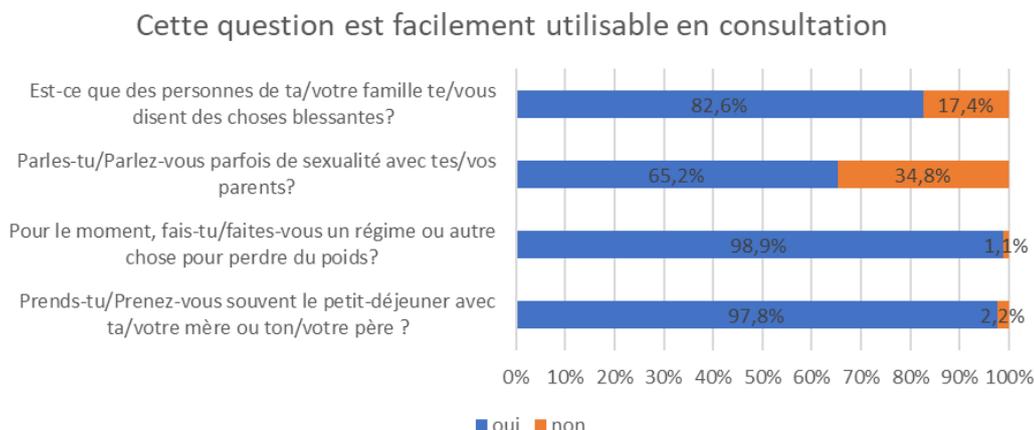


**Graphique 2 : Le TSTS-Cafard**

### 3.3 LE PRSI

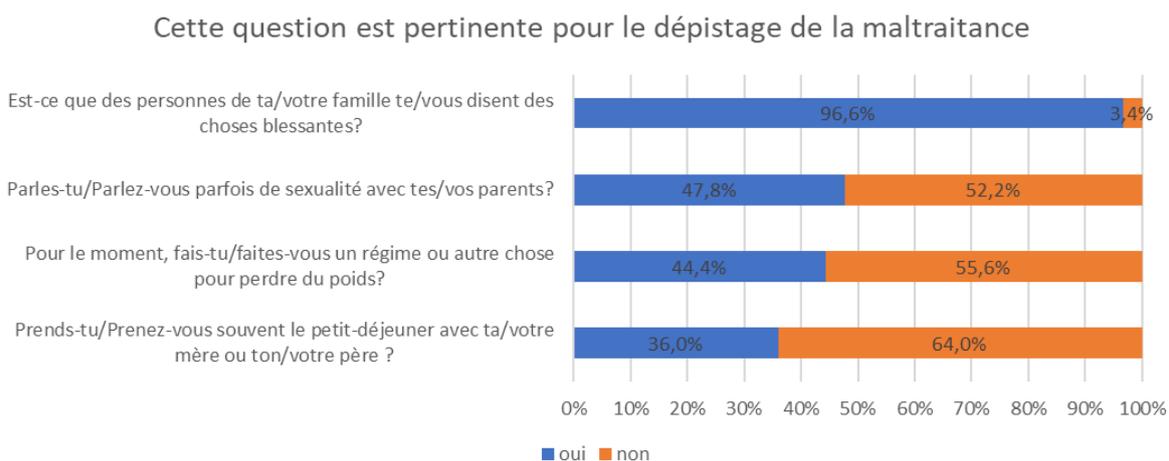
Concernant la faisabilité des questions de l'outil en consultation : cent soixante-quatorze médecins (97.8 %) ont jugé la question sur le petit-déjeuner comme facile à utiliser contre 4 (2.2 %) ; la question sur le régime a été considérée comme facile à utiliser par 176 médecins (97.8 %) contre 2 (1.1 %) ; cent seize répondants (65.2 %) ont considéré la question sur le régime facilement utilisable et 62 (34.8 %) ont pensé l'inverse ; pour finir, 147 participants

(82.6 %) ont jugé la question sur le thème de l'insulte comme facile à employer alors que 31 (17.4 %) ont voté l'inverse.



**Graphique 3 : La faisabilité du PRSI**

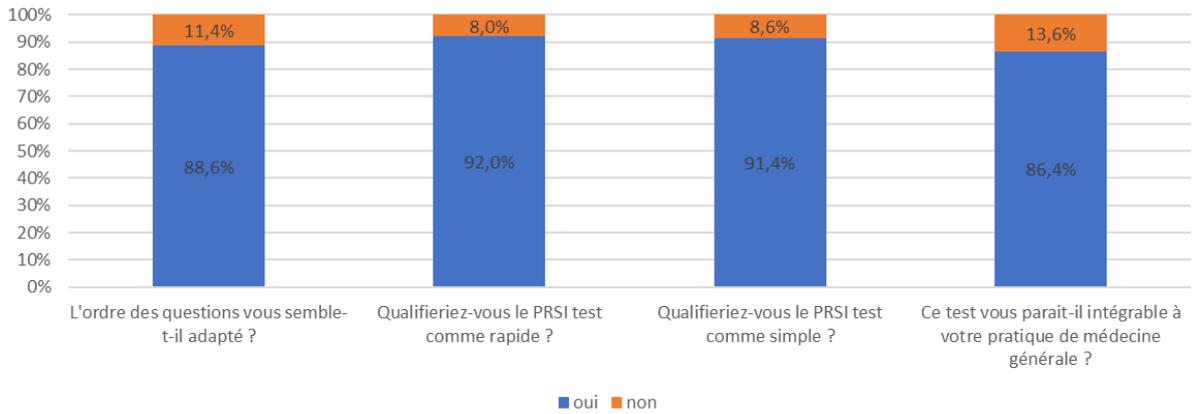
Concernant la pertinence des questions de l'outil en matière de dépistage de la maltraitance : cent quatorze médecins (64 %) considèrent que la question du petit-déjeuner n'est pas pertinente alors que 64 (36 %) pensent le contraire ; quatre-vingt-dix-neuf (55.6 %) ne considèrent pas pertinente la question sur le régime alors que 79 (44.4 %) pensent l'inverse ; quatre-vingt-treize votants (52.2 %) considèrent que la question sur la sexualité n'est pas pertinente et 85 (47.8 %) pensent que c'est le cas ; pour terminer, 172 (96.6 %) considèrent que la question sur les propos blessants est pertinente pour le dépistage contre 6 (3.4 %).



**Graphique 4 : La pertinence du PRSI**

Concernant le format de l'outil PRSI : cent cinquante-six médecins (88.6 %) trouvent adapté l'ordre des questions contre 20 (11.4 %) sur les 176 ayant répondu à la question ; cent soixante et un médecins (92 %) contre 14 (8 %) qualifient le PRSI test comme rapide sur

175 ayant répondu ; ils le qualifient également comme simple puisque 160 / 175 (91.4 %) ont répondu positivement contre 15 / 175 (8.6 %) ; pour finir, 153 médecins (86.4 %) contre 24 (13.6 %) sur les 177 ayant répondu considèrent le test comme intégrable à leur pratique de médecine générale.



**Graphique 5 : Le format du PRSI test**

### 3.4 RESULTATS COMPLEMENTAIRES

Sur la totalité des 178 votants, 82 souhaitent obtenir les résultats de ce travail et ont transmis leur mail. Leurs commentaires figurent *in extenso* en annexe 1.

## 4 DISCUSSION

---

### 4.1 DISCUSSION DES RESULTATS

Depuis 2006, la maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique (4) et les chiffres retrouvés lors de ce travail démontrent qu'il s'agit toujours d'un sujet d'actualité puisque 75.3 % des médecins interrogés y ont été confrontés, chiffres similaires à ceux d'une thèse de 2015 réalisée en Poitou-Charentes (15).

L'implication des médecins généralistes dans ce travail de recherche avec un taux de réponse de 29 % obtenu en seulement 2 mois reflète l'intérêt majeur qu'ils portent sur l'amélioration du dépistage de la maltraitance notamment par la création d'un outil pratique. Cette implication est confirmée par les chiffres de la littérature. A titre d'exemple, une enquête parue en 2013 constate que 48% des médecins généralistes seraient intéressés par l'utilisation d'un outil de dépistage (16); une autre souligne que 70 % d'entre eux revendiquent le besoin d'améliorer leur formation dans ce domaine (22).

En conclusion, il découle de ce questionnaire que les médecins généralistes se sentent en difficultés lorsqu'ils sont confrontés à de la maltraitance infantile que ce soit dans le dépistage (78 % de vote en faveur) comme en matière de confirmation (49.4 %) et de prise en charge (57.3 %).

Ces difficultés ne sont pas étonnantes quand on sait que 57 % des médecins pensent avoir de mauvaises ou très mauvaises connaissances des signes permettant de suspecter une maltraitance (6). Ces difficultés, qui sont bien connues puisque de nombreuses publications s'y intéressent et recherchent des pistes d'amélioration (11, annexe 2), restent cependant toujours présentes et expliquent le peu de signalements réalisés par les médecins (5 % selon l'Ordre des médecin) (12). La carence en matière de maltraitance est clairement relevée dans ce travail puisque 80.3 % des médecins déclarent avoir été confrontés à un échec de dépistage ce qui montre bien que la sous-estimation des chiffres de prévalence de la maltraitance est bien présente (4,10,14,19,30). Pour finir, on peut conclure que les médecins ne restent pas seuls dans la prise en charge de la maltraitance puisque 71.3 % ont recours à des aides extérieures malgré un manque de retour des autres professionnels (15,19).

En ce qui concerne le TSTS-Cafard, une plus grande partie des médecins ne connaissait pas l'outil et environ la moitié d'entre eux l'utilisait. Je n'ai pas été en mesure de trouver

d'étude me permettant de comparer les chiffres que j'ai pu obtenir à ceux de la littérature sur ce sujet. L'outil date de 2005 et a été remplacé par le BITS plus récemment. Il n'est peut-être pas assez connu ou alors, la population médicale s'intéressant au suicide des adolescents n'est peut-être pas la même. Néanmoins, ce n'était pas l'objectif de ce travail et quand bien même, cela n'aurait pas eu d'impact sur l'étude de faisabilité du PRSI.

En ce qui concerne le PRSI, on peut facilement dire que l'objectif de l'étude sur la faisabilité est concluant puisque chacune des questions prises individuellement est jugée comme facilement utilisable de 65.2 % à 97.8 %. De plus, 86.4 % des participants jugent l'outil intégrable à leur pratique de médecine générale en le qualifiant de rapide (92 %) et de simple (91 %). Ces 2 qualités font parties des caractéristiques d'un test de dépistage (15,31,32). En ce qui concerne la pertinence des questions choisies, on ne peut se permettre de conclure. En effet, hormis la question sur le thème de l'insulte qui est jugée comme pertinente à 96.6 %, les 3 autres questions n'ont pas fait l'unanimité avec une tendance en faveur d'une non-pertinence. Cependant, ces questions ayant été tirées de questionnaires validés (15,27–29) et étant utilisées dans des études afin d'évaluer le climat familial et son impact en matière de maltraitance (33), on imagine qu'il existe un certain nombre de raisons à ces réticences. Lors de ce questionnaire, les connaissances sur la maltraitance infantile des médecins interrogés n'ont pas été évaluées, on peut imaginer que ces réticences face aux questions sont liées à un manque de compréhension en lien à une carence de connaissances dans ce domaine. Ceci a en effet été relevé dans plusieurs études à la fois chez les généralistes mais également les pédiatres (5,22,24).

## 4.2 FORCES ET LIMITES

Une des forces de ce travail est d'avoir évalué un outil que j'ai personnellement créé de toute pièce à la suite d'une étude narrative de la littérature sur la maltraitance infantile à partir de questionnaires de dépistage validés. Le taux de réponses autour de 30 % que j'ai obtenu fait également partie des forces de cette étude puisqu'il montre que les médecins généralistes sont intéressés par le sujet. L'utilisation d'un questionnaire informatique est également une force puisqu'il rentre « dans l'air du temps du tout numérique ». Pour finir, cette étude est originale puisqu'il existe peu d'études sur le dépistage en médecine générale.

Il existe un biais de sélection quant à la représentativité de l'échantillon. En effet, le choix des médecins provenait de ma base de contact et aucune question portant sur les

données épidémiologiques des médecins n'a été posée. On ne peut donc savoir si la population étudiée est représentative des médecins de la région Midi-Pyrénées ou même de France. De plus, il existe un biais de participation dû au volontarisme de l'étude : les médecins les plus intéressés ont répondu.

Lors de mes recherches, il a été soulevé un manque de connaissances des médecins autour de la maltraitance et notamment s'agissant des facteurs de risque (31,33) mais l'objectif principal de ce travail ne l'incluait pas. Cet outil a été construit afin d'améliorer le caractère systématique du dépistage en population générale et non en se limitant uniquement aux populations à risque. Cependant, améliorer ces connaissances fait partie intégrante du dépistage et il serait utile d'interroger sur la présence ou non de facteurs de risque lors du recueil de données générales des adolescents ayant passé le questionnaire. Inclure un rappel de ces facteurs permettrait d'aider les médecins à valider ou non leur présence tout en améliorant leurs connaissances sur le sujet.

La maltraitance infantile est un sujet qui passionne beaucoup de monde comme le montre le nombre d'écrits sur le sujet. Cependant il est possible de constater que beaucoup de problèmes sont soulevés mais les propositions qui visent à améliorer ce dépistage demeurent limitées. Il n'existe aucun outil adapté à la médecine générale et le choix des questions sélectionnées a été réalisé par 2 médecins généralistes. On peut s'interroger sur la subjectivité du choix des questions et de l'exhaustivité des thèmes abordés. En effet, aucune question portant sur la maltraitance physique n'a été sélectionnée. Grace à l'examen physique, il est cependant possible de repérer des signes en faveur de celle-ci, y compris ceux de nature pathognomonique. Ceci n'est pas le cas pour les autres maltraitements en dehors de la maltraitance sexuelle.

## 5 CONCLUSION

---

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique. Son dépistage est une priorité pour sa prise en charge et le médecin généraliste par sa position privilégiée, a un rôle primordial à jouer. L'implication dans ce travail (29 % de taux de réponses) et les difficultés ressenties dans sa prise en charge montrent que de nombreuses améliorations restent à faire.

Le PRSI est un outil de dépistage de la maltraitance infantile non sexuelle chez les 13 à 18 ans en soins premiers. Il a été créé à la suite d'une revue narrative de la littérature à partir de questionnaires de dépistage validés. Il semble être un outil perçu comme facilement intégrable à la pratique de la médecine générale (86.4 %) et qualifié de rapide (92 %) et simple (91 %). Il est également facile à interpréter par l'utilisation de réponses fermées. Malgré tous des études restent à réaliser afin d'évaluer sa validité en matière de dépistage de la maltraitance. En effet, la pertinence des questions n'est pas évidente puisqu'une seule des questions a été jugée comme pertinente à 96.6 % et les autres n'ont pas fait l'unanimité avec des résultats en faveur d'une non-pertinence.

Cet outil a néanmoins le privilège d'être le seul outil à ce jour proposé et pourrait être une pierre supplémentaire dans la construction d'un programme complet et efficace de dépistage qui ne demande qu'à exister.

Vu  
Toulouse le 25/11/2019

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 26/11/19  
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE  


## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. Picherot G, Vabres N, Fleury J, Lemesle M. maltraitance et enfants en danger. 35:11-8.
2. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juill 10, 2019.
3. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie: le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
4. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 sept 2014;62(5):299-312.
5. Sebban S, Kahn-Bensaude I. Enfance en danger, maltraitance : protéger c'est aussi signaler ! 2016;4.
6. Leray M. Psychological violences. *Arch Pediatr*. déc 2014;21(12):1396-9.
7. Tursz A. Les oubliés: enfants maltraités en France et par la France. Paris, France: Éd. du Seuil, DL 2010; 2010. 419 p.
8. de Brie C, Piet E, Chariot P. La violence éducative : représentations des médecins généralistes en Île-de-France. Étude qualitative. *La Presse Médicale*. mars 2018;47(3):e25-33.
9. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics, Medicine and Public Health*. janv 2015;1(1):11-8.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
11. Plan Interministerielle de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES\\_-ENFANTS\\_2017-2019.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf)
12. Ordre des médecins Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir Le bulletin de l'Ordre national des médecins n 38 janv.-fév. - PDF [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/39314764-Medecins-maltraitance-des-enfants-ouvrir-l-oeil-et-intervenir-le-bulletin-de-l-ordre-national-des-medecins-n-38-janv-fev.html>
13. Radenne M. « Enfants en danger » : quand, comment, et à qui transmettre une information préoccupante ? Etat des lieux en Midi Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016
14. 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.
15. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. Genève (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé; 2007.

16. Abdel Aal K, Elias O. Quelles sont les modalités de repérage et de prise en charge de la maltraitance infantile employées par les médecins généralistes depuis les recommandations de 2014 de la HAS ? France; 2017. 148 p.
17. McMahon K, Hoertel N, Olfson M, Wall M, Wang S, Blanco C. Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study. *Psychiatry Res.* 2018;269:386-93.
18. Pincaut M. Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure : état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure. 16 févr 2018 [cité 17 juill 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760454>
19. Bailhache M. Maltraitance physique de l'enfant: perception de la violence physique et simulation de l'impact d'un programme de prévention primaire et secondaire du traumatisme crânien infligé [Thèse de doctorat]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2016.
20. HAS. Outil interactif de repérage de la maltraitance des enfants [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_interactif\\_reperage\\_maltraitance\\_enfants.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)
21. HAS. fiche memo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
22. Juin Laustriat M. Recherche de pistes d'amélioration du dépistage de la maltraitance infantile en médecine générale [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2172/>
23. Hiquet J, Christin E, Dubourg O, Fougas J, Baup C, Brunet G, et al. The contribution of legal medicine in child protection: Presentation of a multidisciplinary approach. *Arch Pediatr.* déc 2016;23(12):1233-9.
24. A You C. Evaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
25. Adaptation et validation francophone d'un questionnaire sur les conduites parentales à caractère violent (PC-CTS) - EM|consulte [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1235117>
26. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 sept 2014;62(5):313-25.
27. WHO | Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) [Internet]. WHO. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_experiences/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/)
28. Pesquidous J-C. Le dépistage chez les adolescents en médecine générale: élaboration et évaluation d'un auto-questionnaire de dépistage chez l'adolescent [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
29. Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014 [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: </liste-des-actualites/sante-des-collegiens-en-france-nouvelles-donnees-de-l-enquete-hbsc-2014>

30. Tran BX, Pham TV, Ha GH, Ngo AT, Nguyen LH, Vu TTM, et al. A Bibliometric Analysis of the Global Research Trend in Child Maltreatment. *Int J Environ Res Public Health*. 10 2018;15(7).
31. Netgen. Dépistage : principes et méthodes [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes>
32. Arnaud DC. Evaluation des procédures de dépistage. Deuxième cycle des Etudes médicales - Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil. :11.
33. Guo G, Roettger M, Cai T. The Integration of Genetic Propensities into Social Control Models of Delinquency and Violence Among Male Youths. *AMERICAN SOCIOLOGICAL REVIEW*. 1 sept 2008;73:543-68.

## ANNEXE 1 : LES COMMENTAIRES AUX QUESTIONS OUVERTES

Je n'ai eu qu'une expérience de confiance à posteriori chez une femme de 26 ans, enfuie de chez elle (Irlande) à 18 ans avec une amnésie totale et une réactivation à 26 ans à force d'insister pour qu'elle aille voir un psychiatre qui a réussi à la gérer!
Le problème n'est pas le dépistage mais la prise en charge, et quelle maltraitance ?
Quelle est votre définition de la maltraitance? La "simple" baffe en étant déjà pour moi.
Situation de maltraitance dépistée par les services sociaux, les enfants étaient suivis à la PMI
Médecin ayant fin l'internat depuis 10 ans, je n'ai jamais été confrontée encore à la situation alors que de nombreux adultes me disent avoir été victime de violences enfants (sexuelles ou pas). Donc je crains toujours de passer à côté
Frustration lors d'un signalement du non-retour de communication par la justice
Ayant répondu non à la 1ère question , difficulté pour répondre aux 3 suivantes
Je ne sais pas ce que vous appelez des "aides" mais à chaque fois j'ai fait un signalement au conseil départemental ou PMI qui m'ont un peu guidée pour la suite . j'ai juste regretté de n'avoir pas été informée de la suite de la procédure par le CD . La PMI m'a tenue au courant
Que faire suite à cette information? quelle est la demande de la patiente et quel est son besoin?
Je pense ne pas être très pertinent dans le dépistage de la maltraitance Le seul avantage du médecin de campagne est de bien connaître les familles et leur entourage Une mauvaise hygiène alimentaire est-elle considérée comme de la maltraitance ?
Ces questions m'interrogent et me font peur d'être passé à côté...
Il me semble que le TSTS CAFARD n'est plus le test de référence , remplacé par le BITS( Budling , insomnia, tabac, stress) côté sur 8 points ?
Jamais utilisé et donc pas d'avis particulier
Le problème redondant de la consultation de l'enfant ou de l'ado le voir seul!!!!
Je ne comprends pas pourquoi la question de prendre le petit déjeuner avec son père ou sa mère ( avec réponse oui ) entrainerait une suspicion de maltraitance
Les ados viennent rarement seuls et ce n'est pas facile de virer les parents. Pas facile de se confier au Dr qui soigne aussi ses parents pour l'ado. Qui a la formation pour réagir à des situations difficiles? Prise en charge? Par qui? Dans quel délai? Payant (payé par les parents) ou remboursé? Tout ça pour 25€????
Les questions non spécifiques d'une maltraitance potentielle et difficiles à poser devant les parents; peu d'adolescents acceptent de venir seuls en consultation
J'imagine que les réponses ouvriront la discussion, car je ne vois pas comment de simples oui/non suffiraient pour s'inquiéter réellement d'une maltraitance (sauf dernière question, et encore...)
Presque tous les adolescents et tous les enfants sont accompagnés d'un ou des deux parents
Pourquoi que le petit déjeuner, il me semble que tous les moments de repas peuvent être importants afin de partager avec son ado/enfant. Et là ce n'est que pour les >13ans. Que faire pour les plus jeunes ?
Il faut déjà créer un climat de confiance et si on enchaîne de façon trop directe les questions c'est voué à l'échec dépister la maltraitance ne peut pas être simple et rapide malheureusement
Je ne vois pas le rapport entre petit déjeuner et ce n'est pas parce q on parle sexualité et prévention à nos enfants que nous sommes maltraitants ?
Test intégrable, mais pas facilement, difficulté en cas de tiers (IMG)
1/ test rapide oui...et non car faire le TSTS CAFARD en 1er puis enchaîner avec le PRSI , de plus les réponses ouvrent à discussions et entretien et difficile de le/la laisser repartir quand on a réussi à "capter" l'enfant/adolescent 2/ les questions du PRSI test ont-elles été validées dans le dépistage ?
C'est assez simple mais en effet je ne vois pas trop le rapport entre le petit déjeuner et la maltraitance?
Trop binaire je trouve qu'il manque réponse "je ne sais pas" pour la deuxième réponse à chaque item. Cela ne va-t-il pas constituer un biais statistique ?
Mais ce test ne me paraît pas adapté au dépistage de la maltraitance.
Avec possibilité d'avoir des réponses plus ouvertes avec certains adolescents
La question sur les choses blessantes dites par certaines personnes de la famille est trop vague à mon sens
La réalisation du test cafard est préalable du coup moins rapide
Intégrable plus ou moins. Si le motif de consultation se prête à un entretien singulier et un questionnement sur les habitudes de vie du jeune (examen de rentrée, consultation de contraception, consultation pour troubles de

l'humeur, du comportement , du sommeil etc..), ce test pourrait être utilisé facilement. Si on souhaite dépister tous les ados c'est forcément plus dur et si on souhaite dépister lors d'une consultation pour un motif aigu, cela me paraît vraiment difficile. Mais c'est un début. Ce sujet est passionnant et notre formation en la matière est indispensable. Bravo pour ce beau sujet de thèse et j'ai très envie d'en connaître les conclusions
Ok en dépistage mais pas suffisant pour confirmation
À condition de voir l'enfant sans ses parents, ce qui est plutôt rare en médecine générale
Je ne comprends pas vraiment le sens des réponses. Je ne crois pas qu'une réponse positive ou négative puisse permettre de détecter une maltraitance...
A mon avis inadapté à la recherche d'une maltraitance
Si le test existe il a sans doute été évalué, je ne sais pas si je suis bien placé pour juger de la pertinence des questions. Cependant, elles semblent sans doute explorer un versant d'une ambiance familiale délétère plus que d'une maltraitance avérée.
Pb de temps!!!!!!
Pourquoi la question sur le petit déjeuner ?

## ANNEXE 2 : MEMOIRE DE DES : MISE AU POINT DE LA MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE NON SEXUELLE CHEZ L'ENFANT EN VUE DE LA CREATION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE : REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

---

### 1) INTRODUCTION

Depuis que je suis entrée à la faculté de médecine et pour des raisons diverses, je me suis toujours intéressée à la maltraitance infantile mais cet intérêt s'est heurté à la difficulté pratique du manque de dépistage en soins premiers.

La formation médicale regroupe des connaissances diverses et variées dont certaines concernent la psychologie humaine. Je me suis rapidement rendue compte de l'importance de la période de l'enfance dans la construction de la psychologie d'un adulte. Le développement psychomoteur est un phénomène de maturation qui se déroule selon des facteurs complémentaires et indissociables (psychomoteurs, cognitifs et affectifs) évoluant vers des acquisitions normales et adaptées à une vie en bonne santé. Cependant, ce processus dépend de plusieurs facteurs : génétiques mais également d'interactions avec l'environnement. L'impact de l'environnement joue un rôle primordial dans la construction de l'enfant, adulte en devenir. Mais qu'en est-il si l'environnement n'est pas approprié ?

Dans environnement inapproprié, je sous-entends maltraitance que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme toute violence ou négligence envers les mineurs. Elle comprend les violences physiques, la cruauté mentale, l'abus sexuel et les négligences lourdes. La cruauté mentale représente l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique, c'est-à-dire les humiliations et les menaces verbales répétées, la marginalisation, la dévalorisation systématique, les exigences excessives ou disproportionnées par rapport à l'âge, les consignes éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. En France, c'est la notion de « danger » et non celle de « maltraitance » qui fonde la protection judiciaire des mineurs au Code civil et qui introduit donc la notion de prévention.

Le médecin généraliste en cabinet est un interlocuteur privilégié, souvent consulté en premier pour les problèmes de santé. C'est un acteur primordial pour la prise en charge de la santé de l'enfant. Il a donc toute sa place dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance infantile.

Cependant, seuls 5% des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical alors que « tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé » et seulement 1% des informations préoccupantes proviennent du secteur libéral. Pourquoi si peu ? Quels en sont les freins ? La maltraitance infantile est-elle un problème de santé publique ? Quelles sont les modalités de dépistage actuelles ? Notre discipline ne semble pas très bien armée pour ce dépistage.

C'est dans ce contexte que je vais vous présenter ce travail qui a pour but à partir d'une revue narrative de la littérature, de proposer un outil de dépistage en soin premier sur la maltraitance intrafamiliale non sexuelle pour les 13-18 ans.

## 2) MATERIEL ET METHODE

L'objectif de ce travail de recherche est l'élaboration d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile intrafamiliale non sexuelle en soins premiers.

Pour cela, j'ai entrepris des recherches bibliographiques suivant la méthodologie d'une revue narrative de la littérature. J'ai interrogé les bases de données « PUBMED », « GOOGLE SCHOLAR » et « SUDOC ». Afin de compléter ma recherche, j'ai également procédé à une recherche manuelle à partir des bibliographies de certaines publications sur la maltraitance infantile notamment les questionnaires autour du dépistage.

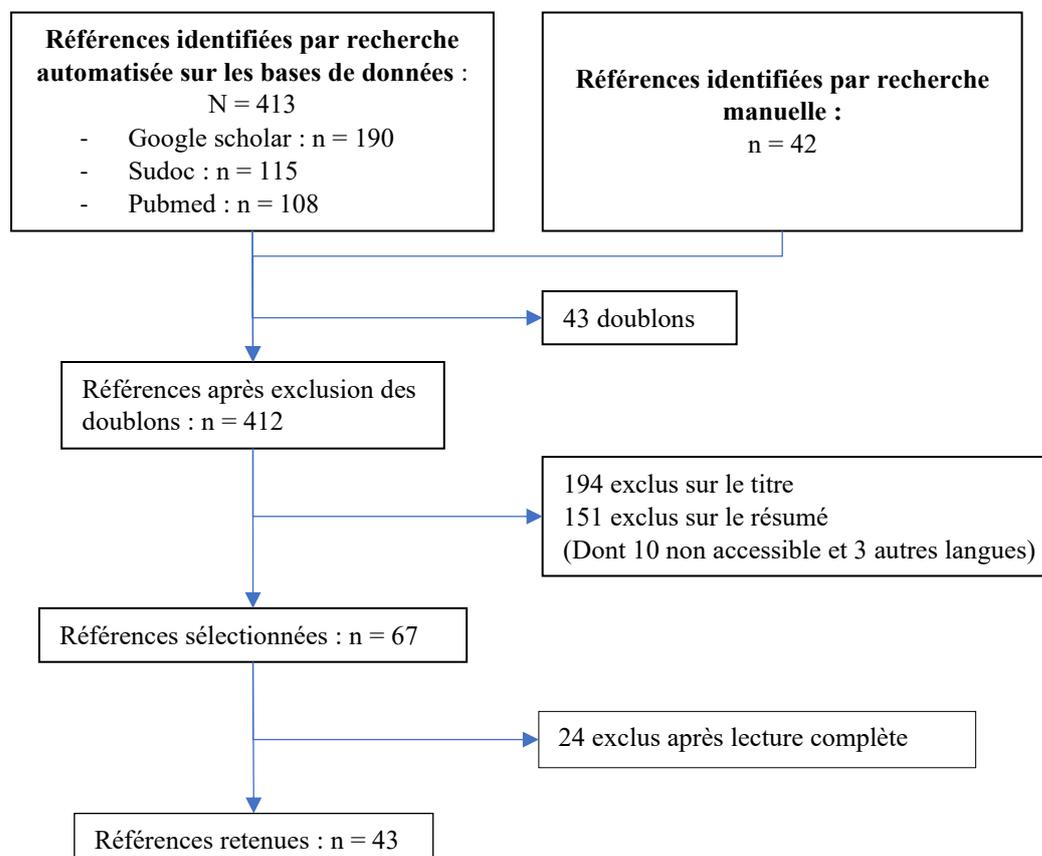
J'ai interrogé les bases de données avec les mots clés suivant : « Child abuse » « France » « maltraitance », certains ayant été sélectionnés selon le lexique MESH. Afin de limiter les résultats, j'ai précisé dans mon équation de recherche les termes « sexual » ou « sexuelle » afin qu'ils soient exclus automatiquement. Je me suis concentrée sur les publications des 5 dernières années afin de me limiter aux données les plus récentes. J'ai réalisé cette recherche de juin 2018 à juillet 2019.

Bases de données	Equation de recherche
SUDOC	« Child abuse » not sexual
PUBMED	« Child abuse » and « France »
GOOGLE SCHOLAR	allintitle: « maltraitance » -sexuelle

J'ai exclu les publications qui n'étaient pas rédigées en anglais ou en français, ceux dont la population cible n'étaient pas des enfants, ceux qui n'étaient pas accessibles, les articles de lois ainsi que celles qui manquaient de puissance. J'ai également exclu les textes qui ne comportaient pas d'éléments sur le dépistage, et pour finir ceux qui n'apportaient pas d'informations supplémentaires.

Ayant un grand attrait pour ce sujet, il m'est arrivé de lire des documents que j'ai exclus dans un objectif de simplification du mémoire mais qui avait piqué ma curiosité.

### 3) RESULTATS



**Figure 1. Diagramme de Flux**

#### a. Définition et cadre légal

Aujourd'hui l'enfant a des droits mais il est important de rappeler que cela n'a pas toujours été le cas. En effet, dans la Rome Antique, les pères détenaient le pouvoir absolu sur l'ensemble des membres de sa famille. Progressivement, ce pouvoir a été diminué en se limitant au choix du type et de la sévérité des punitions. C'est en 1889 que les premières lois de protection de l'enfance ont vu le jour. Nous sommes donc les héritiers d'une violence éducative, où le châtement corporel était de mise afin de corriger ou contrôler le comportement de l'enfant qui a mis longtemps à s'abroger. En France, la loi du 10 juillet 2019 vient d'interdire les violences éducatives ordinaires et de confirmer que l'autorité parentale s'exerce « sans violences physiques et psychologiques », 40 ans après la Suède qui en 1979, a été le premier pays à l'interdire.

Parmi les nombreuses lois françaises qui ont réformé la protection de l'enfant, celle du 5 mars 2007 a permis une avancée majeure en mettant en avant l'intérêt de l'enfant et de ses besoins fondamentaux. Elle fonde la protection judiciaire sur la notion « d'enfant en danger » et non celle de « maltraitance », introduisant la prévention, notamment avec la création des informations préoccupantes et des CRIP (Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes). En 2015, la loi a permis un renforcement du rôle des professionnels de santé dans la détection et la prise en charge en les protégeant davantage dans leur démarche.

Afin de calculer la fréquence d'un phénomène, il faut pouvoir avoir une définition claire et commune. Depuis 2007, en France, 2 définitions sont à prendre en compte quand on parle de maltraitance incluses dans la notion « d'enfant en danger » :

- D'une part l'enfant maltraité, défini par l'ODAS (Observatoire National de l'action sociale décentralisé) comme la « victime de violences physiques, violences psychologiques (ou cruauté mentale), abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». En cela, elle est similaire à la définition de 1985 de l'ONU. Elle inclut également le fait d'être témoin de violences conjugales. D'autres vont plutôt la définir par « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants » dont l'attachement, besoin primaire pour se développer, pouvoir trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié en fait partie. D'autres encore vont se concentrer sur les conséquences en intégrant les notions de conscience/inconscience : « 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 ».
- D'autre part, l'enfant à risques de maltraitance est un enfant qui « connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité » introduisant la notion de risque et donc ouvrant une porte pour une démarche de prévention primaire.

Avec une définition si large, cela entraîne des interprétations variables. On le voit notamment avec la négligence qui fait partie intégrante de la maltraitance. Pourtant, elles sont souvent séparées : « maltraitance et négligence ». Les violences conjugales en fonction font partie des maltraitements psychologiques ou sont une branche à part entière. Certaines

nouvelles branches voient le jour, avec notamment le syndrome d'aliénation parentale, terme qui fait encore débat et qui n'est pour l'instant pas inscrit au DSM-5. Il s'agit d'une campagne de dénigrement d'un enfant contre un parent, injustifiée et résultant d'une manipulation dans le but d'obtenir un détachement définitif de l'autre parent, dans un contexte de séparation, avec des répercussions négatives sur la santé psychologique et le développement de l'enfant. Cela exclut le rejet fondé sur des raisons légitimes voir objectivables.

Il n'y a pas nécessairement intentionnalité. Le parent peut être maltraitant du fait d'une incapacité à assumer un rôle parental bienveillant et protecteur notamment par un manque de connaissance. On le voit notamment dans l'éducation où une confusion est faite entre discipline et punition. La discipline implique éducation et aide à la formation du jugement, du sens des limites, de la maîtrise de soi, de l'autosuffisance et d'une attitude sociale positive. Les stratégies positives de discipline reconnaissent la valeur individuelle des enfants, elles visent à renforcer leur opinion d'eux-mêmes et leur capacité à se comporter de manière appropriée, à établir des relations positives. La punition quant à elle a recours à des moyens de contrôles externes et implique pouvoir et dominance. Les recherches sur les punitions corporelles ont cependant montré que ces pratiques ne modifiaient pas efficacement, tel que souhaité et à long terme, le comportement mais ses conséquences peuvent être désastreuses.

#### b. Epidémiologie

Depuis 2006, l'OMS reconnaît la maltraitance infantile comme un problème majeur de santé publique. On estimait en 2009 qu'elle représentait 10% des enfants dans les pays à « haut niveau de revenus » avec cependant une sous-estimation importante. Dans une thèse de 2015 on estime que ¼ des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance.

Selon un article publié en 2014, les chiffres énoncés seraient de 4-16% des enfants concernés par des abus physiques dont seulement 1/30 aurait eu un contact avec les services sociaux et 1/250 serait pris en charge selon les recommandations. Environ 10 % des enfants seraient exposés à des abus psychologiques. Entre 1 à 15 % des enfants auraient subi des négligences graves dans l'enfance et entre 10-20 % des enfants seraient témoins de violences entre leurs parents.

En France la prévalence des enfants maltraités s'est stabilisée depuis 2000, avec une diminution du nombre d'abus sexuel (-22 % entre 2000 et 2006) et une augmentation des abus émotionnels signalés (+142 % entre 2000 et 2006). Au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est estimé à 295 357 sur la France. 2 626 enfants ont le statut de pupille de l'état dont près des ¾ ont été admis suite à une déclaration judiciaire d'abandon (40%). Selon les données du 119 (numéro d'appel d'enfant en danger) : 35 618 enfants pour lesquels un danger est évoqué sont concernés par ces appels traités principalement pour des faits de violences physiques et psychologiques. On note également une augmentation des négligences lourdes. En 2015 le ministère de la justice dénombre 103 885 mineurs en danger dont le juge des enfants a été saisi et selon le ministère de l'éducation nationale de 2012 à 2013 c'est 38 896 élèves qui sont concernés par une IP (information préoccupante) ou signalement. Selon le ministère de l'intérieur, en 2015 : 55 000 mineurs ont été enregistrés par les services de police et de gendarmerie comme victimes de violences physiques, 20 200 mineurs pour des violences sexuelles. Concernant la violence conjugale, 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences, dans 93 % des cas les enfants sont témoins des violences et dans 21,5 % des cas, ils sont eux-mêmes maltraités. En 2015, 36 enfants ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple. En 2016, c'est 194 enfants de moins de 18 ans victimes de violences mortelles dont 73 dans cadre intra familial. En ce qui concernent les homicides, plus de 250 homicides de nourrissons de moins de 1 an seraient en outre commis chaque année en France d'après l'Inserm et on estime que chaque jour environ 2 enfants meurent à la suite de mauvais traitements de leur famille. Concernant l'éducation, 86% des enfants de 2-14 ans auraient eu des sanctions disciplinaires, chiffre obtenu dans une enquête réalisée dans 29 pays. En France en 2009, on retrouve 67% des parents qui déclarent avoir déjà donné des fessées, 45% les voient comme un moyen d'éducation bénéfique qui apprend à l'enfant le respect de l'autorité et 82% se déclaraient contre leur interdiction légale. Les médecins de la région de Grenoble interrogés, 27% qualifiaient les fessées ou tout autre châtiment corporel de maltraitant.

Selon des données de l'ordre des médecins seuls 5 % des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical. Chiffres qui ont été repris dans de nombreux articles. En Midi-Pyrénées dans une thèse de médecine générale c'est 3,2% des informations préoccupantes qui proviennent du secteur médical dont 1% du secteur libéral. Dans une autre étude c'est 67,12 % des médecins interrogés n'ont réalisé ni signalement judiciaire ni

rédaction d'information préoccupante. Selon les chiffres cités dans le plan violence, 22% des personnes ayant constaté ou soupçonné des cas de maltraitances n'ont rien fait pour protéger l'enfant en danger.

c. Les facteurs de risque

De nombreuses études évoquent des facteurs de risque qui prédisposent à la maltraitance.

On retrouve des facteurs qui sont liés à l'enfant notamment le jeune âge (les morts les plus violentes surviennent chez les enfants de moins de 4 mois), les nourrissons avec de grands besoins (prématuré, petit poids de naissance...), le handicap (si troubles du comportement, retard mental, troubles d'apprentissage, caractéristiques physiques faisant horreur), le sexe où il y aura une différence en fonction du type même si globalement le sex-ratio est égal à 1, les pleurs persistants difficiles à calmer ou à consoler, les enfants issus d'accouchement multiple dépassant les capacités des parents mais également les antécédents de maltraitance dans la fratrie.

Il y a également des facteurs liés aux parents : le jeune âge de la mère (immaturité) ; la présence de troubles psychiatriques, mentaux ou déficiences intellectuelles ; l'isolement social ; les antécédents de maltraitance (n'ayant pas construit de relation sécurisée, les parents ne peuvent développer de relation sécurisante avec leur propre enfant hormis s'ils ont pu avoir des « tuteurs de résilience ») ; un manque de connaissances sur le développement des enfants ; des attentes irréalisables mais également d'approuver le châtement corporel comme moyen de discipline ; le niveau socio-économique est controversé et variable en fonction du type (similaire pour le syndrome du bébé secoué mais sous-déclaration dans les milieux aisés).

On retrouve également des facteurs liés à la grossesse, notamment si elle n'est pas désirée, pas suivie mais également s'il y a des pathologies de la grossesse et des hospitalisations (épuisement psychique avec mauvaises relations entre la mère et son enfant). Les difficultés relationnelles au sein du couple (éclatement familial), de violences conjugales font également partie des facteurs de risque. Pour finir, on retrouve des facteurs sociétaux : normes sociales et culturelles promouvant la violence ; exigeant des rôles ; absence de politiques défendant le statut des enfants.

#### d. Les conséquences sur l'enfant

Les conséquences de ces violences sont variables, le petit n'ayant aucun point de référence, aucune possibilité de partager son sentiment de révolte, c'est souvent à l'adolescence que les conséquences se manifestent. Il y a une association avec un mauvais état de santé général à l'âge adulte.

Il va y avoir des conséquences physiques, secondaire à des lésions responsables de retard mental, crise d'épilepsie, troubles visuels graves (notamment syndrome du bébé secoué). Le décès est la conséquence potentielle la plus grave, il peut être directement lié c'est-à-dire consécutif à un homicide volontaire, ou indirectement lié, c'est-à-dire consécutif, par exemple, au suicide. On constate également des conséquences sur le développement cérébral : au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire et du système nerveux autonome avec une hyperréactivité amygdalienne et une diminution des récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe (effet neurotoxique), un impact endocrinien et neurotrophique (régulation hormonale, variation du taux de récepteurs intracellulaires à l'ocytocine) mais également un impact épigénétique. Selon une étude de Felitti de 1998, il existe un lien marqué entre le nombre d'expériences négatives et le tabagisme, l'obésité, l'inactivité, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression, les tentatives de suicide, la promiscuité sexuelle et les maladies sexuellement transmissibles, d'avoir une crise cardiaque, un cancer, une congestion cérébrale, du diabète, des fractures osseuses, des problèmes hépatiques.

Les conséquences psychologiques sont également importantes : impulsivité, troubles des conduites sociales (crimes, troubles comportements sexuels), troubles somatoformes chez les adolescents, consommations drogue et alcool, attaque de panique, perturbations de l'image de soi, troubles psychiatriques (TDAH, ESPT, troubles de la personnalité).

Il y a également un impact sur le niveau éducatif qui est plus bas (pour apprendre et assimiler de nouvelles connaissances, le cerveau des enfants doit être dans un état d' « attention posée », dans lequel se trouve rarement un enfant traumatisé), davantage d'orientation en éducation spécialisée (Seul 42 % des enfants victimes de maltraitance terminent l'enseignement secondaire contre 2/3, à l'âge adulte seul 6-10 % obtiennent un diplôme universitaire, contre 28 %), le niveau de chômage à l'âge adulte plus important.

La maltraitance des enfants, en plus de son coût social et des dépenses en soins qu'elle occasionne, a une incidence économique énorme en matière de coûts médicaux directs, de pertes de revenu et de recettes fiscales, en raison des décès prématurés, des services d'éducation spécialisée, des services psychologiques et de santé, de protection, de placement familial, de prévention, ainsi qu'en raison de la criminalité et des incarcérations. Selon une étude réalisée aux États-Unis, les coûts annuels directs et indirects de la maltraitance des enfants représentent un total de 94 milliards de dollars. La Cour des comptes avait chiffré en 2008 le coût annuel de la Protection de l'enfance à 6,6 milliards d'euros en y intégrant le budget de la protection judiciaire de la jeunesse, mais c'était sans compter les budgets de l'Éducation spécialisée et les autres dépenses.

Même après une reconstruction, ce sont des adultes qui auront de perpétuelles interrogations sur la parentalité, l'éducation et la bienveillance de leur enfant, avec un sentiment de culpabilité.

e. Les méthodes de dépistage

Un plan interministériel a été réalisé en 2017 afin d'améliorer le dépistage. Il énonce différentes mesures notamment la création d'un livret de parentalité par la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales) envoyé depuis avril 2016 au cours du 4<sup>e</sup> mois de grossesse pour le 1<sup>er</sup> enfant, en complément de l'entretien prénatal précoce à 4 mois de grossesse mis en place depuis plusieurs années. Dans les mesures déjà mise en place, on retrouve le SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger) qui a un numéro gratuit qui permet de répondre 24h/24 et 7j/7, le 119. La HAS a proposé une fiche mémo en 2016 pour l'aide au repérage et signalement. A Toulouse, il existe une astreinte téléphonique par un neurologue pédiatrique de nuit comme de jour, sur le site PEDIADOC des documents de repérage des signes cliniques sont présents et il existe un protocole spécifique pour l'éducation nationale. La NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) a émis des recommandations permettant de suspecter une maltraitance. Au CHU de Nantes, depuis 15 ans, l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED) a développé une expertise clinique sur les situations de maltraitance et un savoir-faire sur le repérage, le diagnostic, l'annonce et le projet de soins. La vigilance des équipes du SAU repose sur l'enseignement des signes d'alerte sous la forme de « feux rouges » et la diffusion de protocoles.

En dehors de ces méthodes spécifiques, le dépistage passe avant tout par la détection de signes cliniques par les médecins. Cependant nombreuses études ont montré que la formation des médecins généralistes n'était pas suffisante (70% soulignent le besoin d'améliorer leur formation dans ce domaine y compris chez les pédiatres. Plusieurs études suggèrent des pistes d'amélioration comme la création de documents d'information, d'un site internet, l'utilisation d'un outil de dépistage (Une enquête parue en 2013 auprès de médecins généralistes trouve que 48% seraient intéressés), formation des enfants sur le rôle des parents, surveiller les changements de médecin traitant pour éviter le nomadisme, réaliser des débriefings avec d'autres confrères.

Au cours de la recherche, certains travaux réalisés à l'étranger ont été exposés : deux programmes de visites répétées au domicile par des infirmiers chez des mères à haut risque ont montré une efficacité (le Nurse-Family Partnership aux États-Unis et l'Early Start Programme en Nouvelle Zélande). Depuis 2009, American Board of Pediatrics a créé une surspécialité « pédiatrie de la maltraitance » nécessitant une formation de 3 ans. Aux Pays-Bas, un test de dépistage, le SPUTOVAMO-R, est utilisé aux urgences pour aider au dépistage de la maltraitance infantile. En Australie, on utilise le «Triple-P» Positive Parenting Programme. Au Québec, le Parent-Child Conflict Tactics Scales (PC-CTS) instruments les plus connus en épidémiologie, a été adapté en version francophone pour évaluer la relation parent-enfant. D'autres outils ont été cités pour des études épidémiologiques : *Conflict Tactics Scale* élaborées par Straus, les questionnaires sur les expériences négatives durant l'enfance, questionnaire de dépistage de la victimisation dans le cours de la vie.

Grâce à plusieurs de ces questionnaires que j'ai pu récupérer, j'ai sélectionné toutes les questions relatives à la maltraitance infantile afin d'élaborer un outil de dépistage dont les qualités internes doivent respecter quelques critères répertoriés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2.1 Quelles sont les qualités d'un bon système de surveillance ?**

La simplicité	Le système doit produire les données nécessaires de la façon la plus simple et directe possible.
La flexibilité	Le système doit pouvoir s'adapter au moindre coût aux changements dans les conditions de fonctionnement et dans les données requises.
L'acceptabilité	Les personnes qui, à travers des questions et par d'autres moyens, vont fournir des données, doivent être disposées à participer et devraient être impliquées dans la conception du système, si possible.
La fiabilité	Un système fiable est un système qui détecte une proportion absolue de cas réels dans la population ciblée et exclut la plupart des autres – c'est-à-dire que le système doit avoir une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive élevées. Cela permet aux usagers finaux d'avoir confiance en l'exactitude des données.
L'utilité	Le système doit être pratique, abordable et augmenter les connaissances sur le problème.
La viabilité	Le système doit être facile à gérer et à actualiser et des ressources humaines et financières adéquates pour en garantir l'exploitation continue doivent y être allouées.
La rapidité	Le système doit produire les données les plus récentes dans les d'exécution délais les plus brefs.

Adapté de : *Injury surveillance guidelines*. Genève, OMS, 2004.

#### f. Les freins au dépistage et au signalement

De nombreux freins au dépistage et au signalement ont été cités dans plusieurs articles. En voici une liste non exhaustive : Manque de connaissance chez les généralistes mais également les pédiatres ; Crainte des conséquences négatives sur la relation avec la famille et pénale même si la loi a été modifiée ; Perception négative de l'effectivité globale du service social, retour insuffisant, difficultés perçues de communication avec les services sociaux ; Interprétation du devoir de secret ; Isolement et manque de temps ; Absence de retour sur la prise en charge ; expérience négative antérieure ; très peu de signes cliniques pathognomoniques ; difficulté à mettre en question leur propre éducation avec « aversion de voir » avec dogme famille « naturellement bonne ».

### 3) DISCUSSION

Depuis 2006 la maltraitance infantile est considérée comme un enjeu majeur de santé publique. Et pourtant, en 2009 elle représente 10% des enfants dans les pays à « haut niveau de revenus » et à l'heure actuelle ces chiffres datant de 10 ans déjà sont les plus récents et la France n'est pas en capacité de fournir des chiffres précis comme le soulève le plan interministériel sur la violence envers les enfants de 2016-2017 . De plus, ils sont caractérisés comme sous-évalués par la plupart des auteurs.

Vous avez pu le constater, de nombreuses raisons sont à l'origine de ce manque de données mais également de l'ampleur que représente la maltraitance infantile. Sa définition large permettant de prendre en compte tous ces aspects porte également à controverse et est sujette à interprétation. En fonction des sources, elle va se concentrer soit sur la non-satisfaction des besoins fondamentaux des enfants soit en regard des conséquences pour le développement. Chacune des deux parties laisse apparaître des biais importants : qu'en est-il des enfants qui s'en sortent ? Quels sont précisément les besoins fondamentaux de chaque

enfant sachant qu'il y a une variabilité interpersonnelle propre ? Ces chiffres ne sont donc qu'une partie d'un iceberg que seule l'imagination semble pouvoir effleurer. Et même l'imagination nous fait défaut avec « l'aversion de voir » décrite par certains. En effet, il est difficile de croire que des familles peuvent ne pas être bonnes pour leurs enfants.

Chaque découverte d'une mort d'enfant liée à des violences, chaque adulte témoignant d'un passé de maltraitance infantile nous révèle une carence de prise en charge. Le médecin généraliste, prenant en charge des patients du pré-conceptionnel jusqu'au dernier jour de vie, premier accès aux soins pour la population générale, est un atout déterminant pour la prise en charge de la maltraitance.

Devant l'étendue des carences dans le domaine, j'ai choisi de m'orienter vers la création d'un outil de dépistage qui selon l'enquête parue en 2013 aurait intéressé 48% des médecins généralistes interrogés. Je me suis focalisée vers la tranche d'âge des adolescents de 13 à 18 ans, car il est très difficile d'interroger directement un jeune enfant sur la maltraitance, il faut un discours adapté mais surtout il n'est jamais conscient que ce qu'il vit à la maison n'est pas « normal ». De plus, avec l'absence d'outil adapté à la pratique de la médecine générale, il était difficile de partir de zéro. C'est pourquoi je me suis appuyée sur le TSTS-Cafard, test de dépistage du mal être des adolescents et qui est validé en médecine générale pour les 13-18 ans. Une nouvelle version de ce test est sortie plus récemment : le BITS. Cependant, aucune question n'est spécifique du stress familial car il est regroupé en une question interrogeant à la fois sur le stress familial et scolaire. Or nous n'avons pas l'objectif de travailler sur la maltraitance scolaire mais seulement intrafamiliale.

L'outil se composera de 2 parties, une première partie avec la réalisation des 5 premières questions du TSTS-CAFARD. Si la question 5 « es-tu stressé (tendu) par la vie familiale ? » entraînait une réponse positive, il faudrait poursuivre avec le nouveau questionnaire.

En seconde partie, grâce à la liste des questions tirées des différents questionnaires que j'ai pu trouver, nous avons procédé avec mon directeur de thèse et de mémoire, le Pr POUTRAIN, à une sélection de 6 questions qui nous semblaient pertinentes pour répondre aux critères de faisabilité dans un contexte de médecine générale et de contributivité possible au dépistage. Certaines étant des phrases affirmatives, elles ont été reformulées afin d'obtenir des questions. La question sur les bêtises a été reformulée afin de s'adresser aux enfants.

- 1) Tous les combien prends-tu le petit-déjeuner avec ta mère ou ton père?
- 2) Pour le moment, fais-tu un régime ou autre chose pour perdre du poids?
- 3) Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents?
- 4) Comment tes parents font quand tu fais une bêtise?
- 5) Aimerais-tu bien changer tes relations avec tes parents?
- 6) Est-ce que des personnes de votre famille vous disent des choses blessantes ou vous insultent?

Nous avons réalisé un test de pré-validation à l'aide d'un questionnaire Google envoyé par mail à des internes et médecins généralistes de mon entourage en leur demandant si chacune des questions étaient faciles à poser au cours d'une consultation et si elles étaient pertinentes. Nous avons obtenu une dizaine de réponses dont les résultats étaient mitigés. Après réflexion, nous avons décidé de nous concentrer sur des questions à réponse binaire oui/non, permettant une plus grande rapidité d'utilisation et d'analyse de l'outil donc plus adapté à de la médecine générale. Parmi ces questions, celle interrogeant sur les corrections après une bêtise (question 4) ne pouvant être adaptée, nous l'avons exclue. La question évaluant le changement de relation avec ses parents (question 5) a été exclue également car elle nous semblait très similaire à la question 5 du TSTS CAFARD (stress familial) et ne nous semblait pas apporter d'informations supplémentaires. En revanche, nous avons rajouté à la question concernant le petit déjeuner le terme « souvent » afin d'apporter de la force à la réponse et permettant une certaine souplesse qui n'aurait pas été possible avec des termes comme « toujours » ou « jamais ». Concernant la question sur les insultes (question 6) nous avons préféré supprimer le terme « insultes » étant stigmatisant pour garder seulement « choses blessantes » qui est plus vaste et permet de prendre en compte le ressenti propre de l'enfant. L'impact des mots employés varie en fonction de la sensibilité et de l'interprétation de chacun, il nous a paru donc logique de laisser cette proposition. Pour finir, nous avons utilisé la double écriture tutoiement/vouvoiement afin que chacun soit libre de choisir comment il posera la question en fonction de l'âge et du type de relation qu'il entretient avec l'adolescent. Pour finir nous avons choisi le nom PRSI pour le questionnaire, en référence aux thèmes des questions soit Petit-déjeuner, Régime, Sexualité et Insultes. J'ai choisi une présentation similaire à celle proposée par le TSTS-Cafard car je la trouvais visuellement simple, claire et pratique.

## PRSI : 4 questions d'approfondissement

Thèmes	Questions	Oui	Non
Petit-déjeuner	« Prends-tu/Prenez-vous souvent le petit-déjeuner avec ta/votre mère ou ton/votre père ? »		
Régime	« Pour le moment, fais-tu/faites-vous un régime ou autre chose pour perdre du poids? »		
Sexualité	« Parles-tu/Parlez-vous parfois de sexualité avec tes/vos parents? »		
Insultes	« Est-ce que des personnes de ta/votre famille te/vous disent des choses blessantes? »		

Lors de mes recherches, il a été soulevé un manque de connaissances des médecins autour de la maltraitance et notamment sur les facteurs de risque mais l'objectif principal de ce travail ne l'incluait pas. Cet outil a été construit afin d'améliorer le caractère systématique du dépistage en population générale et non en se limitant aux populations à risque. Cependant, améliorer ces connaissances fait partie intégrante du dépistage et il serait utile d'interroger sur la présence ou non de facteurs de risque lors du recueil de données générales des adolescents ayant passé le questionnaire. Inclure un rappel de ces facteurs permettrait d'aider les médecins à valider ou non leur présence, tout en améliorant leurs connaissances sur le sujet.

### 4) CONCLUSION

La maltraitance infantile, problème majeur de santé publique, a subi de nombreuses évolutions au cours des années avec une préoccupation de plus en plus importante. Cependant, beaucoup d'améliorations restent à trouver afin d'éviter les conséquences toutes plus négatives les unes que les autres, dont la mort est la plus définitive.

S'agissant essentiellement d'une pathologie de l'attachement, elle traverse toutes les classes sociales. Le médecin généraliste étant premier acteur de santé, accessible pour tous, a une fonction pilier dans son dépistage. C'est pourquoi j'ai décidé de créer un outil de dépistage de la maltraitance chez les 13-18 ans en soins premiers. Une étude de faisabilité sera proposée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées et elle fera l'objet d'un travail de thèse.

---

## **PROPOSITION D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE, HORS ATTEINTE SEXUELLE EN MEDECINE GENERALE**

---

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'évaluer la faisabilité et la pertinence du PRSI auprès de médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire est de faire un état des lieux des ressentis des médecins généralistes face à leur prise en charge de la maltraitance infantile.

J'ai réalisé un questionnaire informatique qui a été envoyé par mail à 621 médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées de juillet 2019 à septembre 2019. Toutes les réponses ont été incluses.

J'ai obtenu un taux de réponse de 29 %. Parmi ces médecins interrogés 75.3 % déclarent avoir déjà rencontré une situation de maltraitance et 80.3% déclarent avoir été confrontés à un échec de dépistage. Le PRSI a été jugé facilement utilisable en consultation entre 65.2 % et 97.8 % selon les questions et intégrable à 86.4 % à la pratique de la médecine générale. Concernant la pertinence, il n'a pas été possible de conclure.

La maltraitance infantile est un problème dont le dépistage est à améliorer en médecine générale. Le PRSI est un outil dont l'objectif est le dépistage de la maltraitance intrafamiliale non sexuelle pour les 13-18 ans adapté à la pratique de la médecine générale. Sa validation en soins premiers appelle des travaux complémentaires.

---

## **PROPOSAL OF A SCREENING TOOL IN CHILD ABUSE, EXCLUSIVE OF SEXUAL ABUSE IN GENERAL PRACTICE**

The main aim of this thesis work is to assess the feasibility and relevance of the PRSI close to general practitioners of the old Midi-Pyrénées Region. The second aim is to give a state of play of the physician's feeling face to their child victimization care.

I made a computerised questionnaire which have been sent by mail to 621 family doctors of the former Midi-Pyrénées region from July 2019 to September 2019. All answers have been included.

I acquired a participation rate of 29 %. Among these practitioner's interviews, 75.3 % claimed experiencing an abuse situation and 80.3 % report a failure of screening. The PRSI was deemed easy to use in a consultation for 65.2 % to 97.8 % cases depending on questions, and suitable for general medicine in 86.4 %. About relevance of the study, it was not possible to conclude.

Child abuse is an issue where screening may be improved in general practice. The PRSI is a tool designed to track intra-familial non-sexual abuse for 13 to 18-Years Community appropriated for the practice of everyday medicine. Validation in first aid calls for further work.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : Dépistage, maltraitance infantile, médecine générale

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Jean-Christophe POUTRAIN