

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Charlotte VIGIER

Le 20 septembre 2022

Le PRSI : Évaluation d'un nouvel outil de repérage de la maltraitance infantile en médecine générale

Directeurs de thèse : Madame la Docteure Elodie BELOT

et Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame la Docteure Elodie BELOT	Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoinette	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
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. ROQUES-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. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYASSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Huques
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Faleh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carie (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENCOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Manon	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EYRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Audeine	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odie
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements aux membres du jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Professeur Universitaire de Médecine Générale

Médecin Généraliste à Tarbes

C'est un très grand honneur que vous me faites de présider ce jury. Recevez mon respect et ma reconnaissance pour votre engagement dans la médecine générale.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur Universitaire-Associé de Médecine Générale

Médecin généraliste à Montréjeau

Je vous remercie d'avoir été le guide de ces recherches. Je vous partage ma profonde admiration pour votre bienveillance envers les étudiants. Merci pour votre disponibilité et tout le temps consacré à ce projet.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Maître de conférences universitaire de Médecine Générale

Médecin généraliste à Toulouse

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ma thèse en acceptant de juger mon travail.

Madame la Docteure Elodie BELOT

Assistante Universitaire de Médecine Générale

Médecin généraliste à Montréjeau

Je te remercie chaleureusement d'avoir dirigé cette recherche. Merci d'avoir initié ce travail et de rester autant investie dans ces projets. J'admire ta détermination et ton ambition. Je te suis reconnaissante pour ta réactivité et ton soutien tout au long de cette étude.

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail

Je remercie l'ensemble des professionnels qui se sont intéressés et investis à ce projet. Je suis reconnaissante du temps que chacun a donné pour la réalisation de ce travail. Je remercie bien sûr l'ensemble des participants de contribuer à lutter contre la maltraitance infantile.

A mes anciens Maîtres de Stage et Collègues de travail

Merci au **service de Médecine polyvalente du CH de Lourdes** de m'avoir accueillie et accompagnée pour ce premier stage d'internat. Merci pour votre bienveillance.

Je remercie l'ensemble de l'**équipe de soin des urgences de Montauban** qui m'a fait apprécier la médecine d'urgence.

A Valérie Roujas, je te remercie de m'avoir fait découvrir la pédiatrie et la gynécologie. J'admire ton engagement auprès des enfants. Tu as su me transmettre ta passion de la pédiatrie. J'espère que tu apprécieras lire ce travail.

A Arnaud et Claire Chabardès, je vous suis reconnaissante de m'avoir guidé pendant ces années d'études. J'admire votre réflexion médicale et votre bienveillance à mon égard. Je suis heureuse de revenir régulièrement travailler à vos côtés. Je vous remercie aussi pour tous les moments passés hors du travail et pour toutes ces coupettes de champagne. Merci à **toute la MSP d' Aurignac** pour votre accueil et votre soutien. C'est un plaisir de travailler avec vous.. Merci à **Anna**, collègue remplaçante et maintenant amie, pour tous ces échanges médicaux, sportifs et autres.

A Clément Boisson, Emilie Deuilhé, Marc Lagente et Bertrand Valdeyron. Je vous suis reconnaissante de m'avoir guidé dans l'autonomisation des consultations de médecine générale. Vous avez su m'apporter votre expérience qui a contribué à former le médecin que je suis aujourd'hui.

A Atul Pathak. Je vous remercie de m'avoir accueilli à vos côtés. Recevez mon profond respect pour la transmission de vos connaissances.

Je remercie **l'équipe de soin de l'UCC du CHU de Purpan** et particulièrement Camille et Pascal pour m'avoir transmis leurs connaissances sur la neuro-gériatrie.

A Magali Hinh-Thaï, Nathalie Saurat et Christine Loubet. Je vous remercie de m'avoir accueilli à Saint-Laurent de Neste. J'ai pu y vivre des aventures médicales hors du commun. Magali, je suis admirative de ton engagement auprès des patients. Nathalie, j'apprécie ta bienveillance. Je remercie Christine, d'être une secrétaire extraordinaire et de m'avoir si bien accompagné.

A la MSP de Montréjeau. Merci à l'ensemble de l'équipe de la MSP pour votre dynamisme et votre accueil à chacun de mes remplacements.

A ma famille et mes amis

A mon frère Antoine que j'affectionne tout particulièrement pour sa gentillesse et sa bienveillance. Merci à toi d'avoir été à mes côtés le jour des résultats de première année et d'être présent aujourd'hui.

A mon papa qui m'a toujours guidé et soutenu dans mes projets. Merci de m'avoir donné ta rigueur et ton perfectionnisme qui me permettent aujourd'hui d'être médecin. Je suis heureuse et reconnaissante que tu m'aies transmis la passion de l'océan, la plongée, la voile et la musique.

A ma maman qui est une femme tellement forte et déterminée. Merci de m'avoir transmis ta force de travail et ton positivisme qui m'ont permis d'être la personne que je suis actuellement. J'admire et je te remercie de ta bienveillance envers notre famille. Je pense être devenue grâce à toi une femme forte et libérée.

A Flavien que je remercie chaque jour de m'accompagner dans mes projets professionnels et personnels. Je suis tellement heureuse d'avoir pu croiser ton chemin. Tu émerveilles mon quotidien avec ta gentillesse, tes mots doux, ton dynamisme et ton ambition. J'espère que l'avenir nous réserve encore pleins de belles aventures.

A ma mémé Micheline qui m'a dit un jour "Charlotte, tu sais, tu ne seras jamais médecin à mes yeux mais tu resteras toujours ma petite-fille". Je te remercie pour cette sincérité qui m'a profondément émue. Je suis et resterai bien sûr ta petite-fille. Merci de prendre soin de cette belle et grande famille que tu as fondée.

A ma mamie Raymonde qui m'a toujours soutenue dans mes études. Je suis ravie de ta présence à mes côtés aujourd'hui.

A toute la famille Vigier : Kiki, Jean-Guy, Virginie, Guillaume, Séverin, Margot, Ambre, Fred, Séverine, Chrichri, Lucile, Paul et Théo. Je vous remercie de tous les bons moments passés ensemble, pour toutes les parties de rigolades en famille. Merci de votre soutien tout au long de ces études. Merci kiki pour toutes les corrections.

J'ai une profonde pensée pour ma **tata Geneviève** qui aurait apprécié être présente aujourd'hui et qui nous manque tant.

A toute la famille Billat, tata Manou, Manon, Lily, Tom pour tous les moments partagés. Bienvenue aux petits nouveaux, Marius et Ana, que j'ai hâte de rencontrer.

A Aïda, ma "soeur de coeur" avec qui j'ai passé tant de bons moments en vacances, en soirée, au quotidien. Merci d'être si présente et bienveillante. Merci pour ton ouverture d'esprit et pour ton oreille tellement attentive.

A Elodie, merci pour ta gentillesse. J'admire ton énergie et ton organisation au quotidien. Merci de prendre soin de nous avec "tes p'tits coup d'eau". Bienvenue à JB qui a déjà su prendre sa place dans nos parties de rigolades.

A Cécilia que j'admire pour sa folie et son dynamisme. Merci pour ta bienveillance.

A Anthony, merci pour toute l'attention que tu portes à ton entourage. Merci d'avoir toujours le mot pour nous faire rire.

A Emilie que j'affectionne particulièrement pour sa gentillesse. Merci de nous partager ton sourire et ta passion du fromage.

A Vincent avec qui j'ai hâte de reprendre de folles parties de jeux de sociétés. Merci de nous partager ta passion du vin.

A JF pour les soirées et les vacances partagées. Merci pour ton grain de folie qui nous fera toujours rire.

A Morgane et François, merci pour votre soutien et votre présence.

A mes anciens co-internes et colocs Yasmine, David et Julie pour tous ces moments de vie partagés. Vous êtes les belles rencontres de cet internat.

A Benoit et Mélanie pour me pousser dans les activités sportives. Merci pour toutes les randonnées qu'on a pu partager. Avec une spéciale dédicace pour ta préfesse Méla.

A mes copains du lycées, Antoine G, Antoine J, Théo, Nina, Paul, Arthur, Elodie, Juliette, Laurine, Laure, Ad, Maé pour toutes ces folles soirées passées ensemble.

A Mitch pour ta gentillesse, ton accueil et les activités sportives partagées.

A David pour ta présence et ton partage des sensations sportives.

A mes voisins Juliette, Lucas, Thibault et Léa pour les bons moments passés ensemble.

A mon amie Marie, rencontrée au CHU, avec qui je partage encore de belles choses.

Liste des abréviations

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAP : Child Abuse Potential Inventory

CDEF : Centre départemental de l'enfance et de la famille

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHU : Centre hospitalier universitaire

CRIP : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

HAS : Haute autorité de santé

IP : Information préoccupante

ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

MECS : Maison d'enfants à caractère social

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONPE : Observatoire national pour la protection de l'enfance

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRSI : Petit-déjeuner/Régime/Sexualité/Injures

SNATED : Société nationale d'accueil téléphonique pour les enfants en danger

TDVP : Test de dépistage de la violence parentale

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	2
II. Matériel et méthode	5
2.1. Schéma de l'étude	5
2.2. Lieu et durée de l'étude	5
2.3. Population étudiée	5
2.4.1. Population de l'étude	5
2.4.2. Critères d'inclusion	6
2.4.3. Critères d'exclusion	6
2.4. Elaboration du questionnaire de l'étude	6
2.5. Réalisation du questionnaire et échantillonnage	7
2.5.1. Choix des investigateurs du groupe des enfants maltraités	7
2.5.2. Choix des investigateurs du groupe des enfants non maltraités	8
2.6. Tests statistiques	9
2.7. Aspects éthiques	9
III. Résultats	10
3.1. Choix de l'échantillon	10
3.1.1. Sélection des adolescents exposés à de la maltraitance	10
3.1.2. Sélection des adolescents non exposés à de la maltraitance	11
3.1.3. Diagramme des flux	12
3.2. Analyse descriptive	13
3.2.1. Caractéristiques de la population	13
3.2.2. Données recueillies uniquement dans le groupe des enfants maltraités	14
3.2.3. Réponses aux PRSI	14
3.3. Analyses statistiques	15
3.3.1. Comparaison des groupes	15
3.3.2. Analyses statistiques des réponses au PRSI	15
3.3.3. Réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance	16
3.3.4. Détails des réponses aux questionnaires	17
3.3.5. Score de positivité du PRSI	19
3.3.6. Analyse en sous-groupe	21
IV. Discussion	22
4.1. Principaux résultats de l'étude	22
4.1.1. Objectif principal de l'étude	22

4.1.2. Objectif secondaire de l'étude	23
4.2. Autres résultats	23
4.2.1. Catégories socioprofessionnelles des parents	23
4.2.2. Familles d'accueils	24
4.2.3. Structures d'accueils	25
4.2.4. Coordination des professionnels de santé	27
4.2.5. Types de violences subies	28
4.3. Points forts de l'étude	28
4.4. Limites de l'étude	29
4.5. Perspectives	31
4.5.1. Compléter les résultats de cette étude	31
4.5.2. Faire de la prévention de la maltraitance infantile aux adolescents	31
4.5.3. Redonner confiance aux médecins généralistes	32
4.5.4. Que faire d'une suspicion de maltraitance	33
5. Conclusion	34
6. Bibliographie	35
7. Annexes	38
9. Index des figures	85
10. Index des tableaux	86

I. INTRODUCTION

La maltraitance infantile représente un enjeu de santé publique en France et dans le monde. Le nombre toujours important de victimes et les graves conséquences de ces violences à court et à long terme sur le développement des enfants en fait un sujet de santé primordial.

La notion de droits des enfants est récente. Elle est née de la prise de conscience, au cours du temps et principalement au XXème siècle, de la particularité physique et psychologique de cet être en développement. Sa définition s'est précisée avec l'évolution des connaissances et des idéologies (1) (2) (3). Quelques faits historiques marquants ces changements sont décrits en annexe 1.

La définition de la maltraitance infantile communément utilisée a été écrite en 1999 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Selon l'organisme, elle désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. "La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir" (4).

Depuis 2007, la protection de l'enfance a inclus dans la définition la notion d'enfant à risque de maltraitance. Depuis cette réforme, il existe deux possibilités pour déclarer un acte de maltraitance: réaliser une IP (information préoccupante) ou un signalement (procédures détaillées en annexes 2) (2) (5).

En 2016, l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance) a ajouté l'enfant témoin de violence conjugale à la définition de la maltraitance infantile (6).

Depuis 2019, la loi a introduit les violences éducatives ordinaires à la définition de la maltraitance dont font partie les châtiments corporels (7).

Plus récemment, la loi Taquet du 7 février 2022 vise à améliorer la protection de l'enfance notamment en précisant la définition de la maltraitance (8) (9). L'Article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles précise que "la maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations" (9). Cette nouvelle définition tend à considérer tout acte pouvant avoir un effet préjudiciable sur le développement de l'enfant comme étant un acte de maltraitance.

En 2019 en France, l'ONPE estime qu'environ 2,17% des mineurs bénéficient d'au moins une mesure de la protection de l'enfance (10). En 2020, la SNATED (service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger) a reçu en moyenne 108 appels par jour donnant lieu à une mesure de protection. Dans plus de 9 cas sur 10, l'auteur présumé est un membre de la famille proche. Entre l'année 2019 et 2020, la SNATED a noté une majoration de 10,8% du nombre des appels. Deux hypothèses sont évoquées afin d'expliquer cette augmentation : d'une part les conditions de vie exclusives pendant l'année 2020 liées au confinement de la population au domicile à cause de la pandémie de COVID 19 et d'autre part les campagnes publicitaires pour le 119 effectuées cette même année (11) (12).

Les objectifs politiques actuels tendent à recenser au mieux le nombre d'enfants exposés à ces violences. La complexité de la notion de maltraitance, de sa définition et le tabou encore présent dans la société rendent une franche sous-estimation de ces chiffres en France (13). Selon les sources, on estime qu'entre 22 et 25 % des adultes interrogés déclarent des faits assimilables à de la maltraitance dans leur propre enfance (4) (14). En effet, ces chiffres sont bien supérieurs aux 2,17% des enfants suivis par la protection de l'enfance. La difficulté pour les professionnels à repérer la maltraitance est une autre explication de cette sous-estimation.

En 2014, la HAS (Haute autorité de santé) a proposé une recommandation destinée aux professionnels de santé pour aider le repérage de la maltraitance infantile. Ce guide comprend les listes exhaustives des symptômes et facteurs de risques de maltraitance pouvant faire évoquer des violences (disponible en annexe 3) (15). Malgré leurs précisions, elles demeurent peu spécifiques et ne permettent pas de rassurer les professionnels sur leur diagnostic. Le conseil de l'ordre des médecins constate que seulement 5% des signalements d'enfant en danger proviennent du secteur médical (16). Les rapports des appels téléphoniques de la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) signalent que seulement 6% des appels proviennent de professionnels de santé et 1% de médecins libéraux (16). Une thèse a évalué les IP dans le département de Seine Maritime entre Janvier 2018 et Mai 2019. Seulement 12 IP provenaient de médecins généralistes sur la période de l'étude (17). Le même constat est réalisé dans le département d'Aix en Provence en 2017, sur 30 IP recensées, une seule provenait d'un médecin généraliste et sur 22 signalements, aucun ne provenait d'un médecin généraliste (18).

La recommandation de la HAS de 2014 s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Elle insiste plus particulièrement sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Ceci est assez contradictoire avec les faibles chiffres de déclaration provenant des médecins généralistes (15). De nombreuses études ont répertorié le ressenti des médecins généralistes face à la maltraitance infantile et les freins au signalement. Ils déclarent manquer d'expertise, de connaissances, de formation sur le sujet et avoir peur de se tromper de diagnostic (19) (20). Ils estiment manquer de temps en consultation (21) et se sentent isolés face à ces situations complexes (19).

Finalement, le principal constat est le manque d'outils pour faciliter le repérage de la maltraitance infantile par les médecins généralistes. Ils sont pourtant les principaux acteurs de préventions et médecins de famille de chacun de ces enfants. Le PRSI est un questionnaire récemment créé afin de proposer un outil d'aide au repérage de la maltraitance infantile en médecine générale. Il comprend quatre questions à réponse fermée. Les détails de sa création sont disponibles en annexe 4 (22).

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à déterminer le seuil de positivité du PRSI chez les enfants de 13 à 18 ans déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitements, hors violences sexuelles.

L'objectif secondaire est de comparer les résultats au questionnaire entre deux groupes d'adolescents de 13 à 18 ans : ceux qui sont déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été exposés à de la maltraitance et ceux qui n'ont pas subi de maltraitance.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, rétrospective, comparative et multicentrique.

2.2. Lieu et durée de l'étude

L'étude est réalisée dans l'ex-région Midi-Pyrénées qui compte huit départements : l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne. Le recueil des données s'est effectué entre le premier février 2021 et le 30 mai 2022.

2.3. Population étudiée

2.4.1. Population de l'étude

Le PRSI a été réalisé à partir de questionnaires validés chez les adolescents de 13 à 18 ans. Cette même population a été sélectionnée pour l'étude actuelle.

2.4.2. Critères d'inclusion

Les investigateurs ont sélectionné leurs patients âgés de 13 à 18 ans déjà diagnostiqués comme exposés ou ayant été exposés à de la maltraitance.

2.4.3. Critères d'exclusion

Un arrêt de l'exposition à la maltraitance avant l'âge de 7 ans est un critère d'exclusion. Les adolescents interrogés sont âgés de 13 à 18 ans au moment de leur inclusion et doivent répondre au questionnaire du PRSI pendant leur période de vie exposée à de la maltraitance. Il n'y a pas de délai nécessaire entre l'exposition à la maltraitance et la réalisation du questionnaire. Cependant, la littérature montre qu'il existe une possible amnésie des faits du quotidien avant l'âge de 7 ans (23). Les cas de maltraitance qui se sont arrêtés avant l'âge de 7 ans sont donc exclus de l'étude.

Le questionnaire est destiné aux violences intrafamiliales non sexuelles. Les violences sexuelles non associées à un autre type de maltraitance sont exclues de l'étude.

2.4. Elaboration du questionnaire de l'étude

Pour évaluer l'intérêt du PRSI dans le repérage de la maltraitance, un des objectifs de cette étude est de comparer les réponses au questionnaire entre deux groupes :

- le groupe des enfants maltraités composé de jeunes de 13 à 18 déjà diagnostiqués comme exposés ou ayant été exposés à de la maltraitance
- le groupe des enfants non maltraités composé de jeunes de 13 à 18 ans n'ayant aucun antécédent récent ou ancien de fait de maltraitance

Afin de pouvoir comparer les deux groupes, des données épidémiologiques sont incluses à chaque questionnaire : l'âge, le sexe de l'adolescent ainsi que la catégorie socio-professionnelle de chacun des parents. La dénomination "Parent 1" et "Parent 2" a volontairement été choisie afin d'inclure les couples homosexuels. La situation familiale au moment de la réalisation du questionnaire (dans les deux groupes) et au moment de l'exposition à la maltraitance (dans le groupe enfants maltraités) est aussi demandée.

Initialement, le PRSI a été créé pour le repérage de la maltraitance infantile intra familiale, hors violences sexuelles. Le type de maltraitance est donc à renseigner par l'examineur. Afin de limiter le biais de mémoire, une question concerne l'âge d'arrêt de l'exposition à la maltraitance.

Ainsi, deux questionnaires ont été créés : un premier destiné au groupe "adolescents étant ou ayant été exposés à de la maltraitance" (annexe 5) et un second destiné au groupe "adolescents non maltraités" (annexe 6).

2.5. Réalisation du questionnaire et échantillonnage

Chaque adolescent interrogé est reçu en consultation individualisée afin de lui poser directement les 4 questions du PRSI. Le reste du questionnaire peut être rempli avec les connaissances de l'investigateur sur le dossier de l'enfant.

2.5.1. Choix des investigateurs du groupe des enfants maltraités

Dans la première phase de l'étude, les médecins de PMI (Protection maternelle et infantile) ont été contactés. Il a été demandé à ceux déclarant ne pas suivre d'adolescents, d'orienter vers d'autres contacts. Divers confrères sont recommandés : pédopsychiatres, médecins de la protection de l'enfance, médecins de CDEF (centre départemental de l'enfance et la famille), médecin de CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), médecins scolaires, psychologues, directeurs de centre d'accueil d'enfants (MECS : maison d'enfant à caractère social, ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) ou de l'aide sociale à l'enfance. Chaque professionnel de santé contacté a reçu un mail (annexe 7) contenant un document explicatif de ce travail (annexe 8), le questionnaire (annexe 5) et son protocole de réalisation (annexe 9). Suite au nombre trop peu important de questionnaire inclus lors de cette première phase de l'étude, la méthode de recrutement a été adaptée pour la suite de ce travail.

Dans la seconde partie de l'étude, comme suggéré par plusieurs interlocuteurs de la phase précédente, les MECS sont contactées. Ces maisons sont des lieux de vie pour

adolescents placés. Ils ont pour la plupart été exposés à une forme de maltraitance. Sur le même procédé que le contact avec les PMI, un appel téléphonique à l'accueil des MECS a permis de recueillir le contact mail du directeur du centre. Le premier mail envoyé (annexe 7) contient le document de présentation de ce travail (annexe 8), le questionnaire (annexe 5) ainsi que son protocole de réalisation (annexe 9). Divers réunions se sont organisées afin d'établir les modalités d'interventions suivantes :

1. Sur demande de chacun des directeurs rencontrés, il est décidé que l'auteur de l'étude interroge personnellement les adolescents. Ils leur semblaient plus pertinent et adapté que le questionnaire soit réalisé par un investigateur extérieur au quotidien des adolescents.
2. Une réunion de présentation a eu lieu avec le personnel de chaque service afin de présenter le travail de l'étude et d'adapter l'intervention à chaque maison visitée.
3. Une réunion de groupe avec les adolescents de chacune des maisons s'est organisée afin de discuter de la définition de la maltraitance infantile intrafamiliale, de présenter l'auteur de l'étude et la réalisation du questionnaire. Des bandes dessinées ont été utilisées comme support d'échange afin d'illustrer chaque type de maltraitance intra familiale (annexe 10). Les questions du PRSI ont été présentées comme étant des questions simples, à réponse fermée. Il a volontairement été choisi et expliqué aux adolescents qu'ils ne prendraient connaissance de ces questions seulement au moment de l'entretien individuel afin qu'ils ne puissent pas anticiper leurs réponses.
4. Un temps de réflexion a été laissé à chacun des adolescents.
5. Un entretien individuel a été proposé dans un second temps à l'adolescent afin de répondre au questionnaire.

2.5.2. Choix des investigateurs du groupe des enfants non maltraités

A chaque nouveau questionnaire reçu d'un adolescent maltraité, les médecins généralistes sont contactés afin de trouver un enfant d'âge et de sexe similaire dont ils se portent garant du statut d'enfant non maltraité. Les médecins généralistes du

réseau personnel de l'auteur de cette étude sont contactés par mail (annexe 11). Ils ont reçu le document de présentation de ce travail (annexe 8), le questionnaire du PRSI (annexe 6) et son protocole de réalisation (annexe 12). Dans le protocole initial, les médecins généralistes interrogent leurs patients lors d'une consultation de routine. Devant le peu de réponses reçues sur les trois premiers mois de l'étude, les entretiens téléphoniques sont autorisés pour la suite de ce travail.

2.6. Tests statistiques

Pour l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages, les variables quantitatives en termes de médiane et d'intervalle interquartile. L'analyse statistique des variables qualitatives est réalisée par un test du Chi-carré ou un test de Fisher (pour les effectifs inférieurs à 5). Un test de Mann Whitney est utilisé pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité retenu est de 5%. Le logiciel pvalue.io a permis la réalisation de ces statistiques.

2.7. Aspects éthiques

Le protocole de l'étude ayant précédé la mise en application de la Loi Jardé et selon l'avis des référents universitaires de validation des protocoles de thèse de l'Université de médecine Paul Sabatier de Toulouse, cette recherche n'a pas nécessité de validation par un comité d'éthique ni de signature de formulaire de consentement par les participants. Toutefois, un certain nombre de précautions ont été prises afin de ne pas nuire aux participants. Elles comprennent l'information sur l'objectif de cette recherche, une libre participation, un consentement oral, une information sur le déroulement des entretiens, un anonymat et une codification des informations. En cas de participation, il est rappelé à l'adolescent la possibilité de non réponse à une ou plusieurs questions, sans se justifier. Autant que faire se peut, les participants ont été interrogés par un investigateur permettant l'anonymat vis à vis de l'auteur de ce travail.

III. RÉSULTATS

3.1. Choix de l'échantillon

Un carnet de bord disponible en annexe 13 retrace chronologiquement l'ensemble des démarches réalisées pour la recherche des investigateurs et la sélection des participants.

3.1.1. Sélection des adolescents exposés à de la maltraitance

Pour inclure les adolescents exposés à de la maltraitance, 7 appels téléphoniques aux secrétariats de PMI ont permis d'envoyer 8 mails aux médecins référents. Trois médecins n'ont donné aucune réponse malgré des relances, 4 médecins ont déclaré ne pas suivre cette catégorie d'âge et ont réorienté vers des confrères. Un seul médecin de PMI a déclaré pouvoir inclure des patients.

Pour étendre les recherches, les confrères conseillés ont été contactés : pédopsychiatres, psychologues, médecins de CDEF, médecin de CeGIDD, médecins scolaires, directeurs d'ITEP, directeur de CRIP et d'ASE, directeur de foyer de l'enfance. Au total, 27 personnes ont été contactées (médecins de PMI et leurs confrères conseillés), soit plus de 70 mails échangés. Il y a eu au moins un contact dans chacun des 8 départements de Midi-Pyrénées. 7 entretiens téléphoniques ont été réalisés afin d'exposer l'objectif du projet aux professionnels intéressés. 1 appel téléphonique a été réalisé pour demander des nouvelles sur l'avancée du projet. Un courrier manuscrit de demande d'autorisation a été envoyé auprès d'un directeur d'établissement.

Suite à ces échanges, 6 professionnels ont répondu pouvoir interroger leurs patients, 12 professionnels n'ont donné aucune réponse malgré des relances, 9 ont déclaré ne pas suivre d'adolescents en consultation et ont orienté vers un confrère. Finalement, deux contacts ont fourni respectivement 8 et 4 questionnaires d'adolescents exposés à de la maltraitance.

Devant le nombre de retours négatifs, l'absence de réponse et le manque d'investissement de nombreux interlocuteurs, il a été nécessaire de modifier la stratégie de recherche des patients exposés à de la maltraitance.

Pour la seconde partie de l'étude, 7 MECS dans 4 départements différents ont été contactées. 19 mails ont été échangés et 3 entretiens téléphoniques organisés. 2 MECS seulement ont donné une réponse et accepté l'intervention. Au sein de ces établissements, se sont organisées 3 réunions de directions, 3 réunions de services, 4 réunions de groupes avec les adolescents. L'auteur de l'étude a réalisé ensuite 13 entretiens individuels pour inclure 13 adolescents exposés à de la maltraitance.

A noter qu'un médecin généraliste a pu inclure un adolescent de sa patientèle au groupe des enfants maltraités.

Au total, 26 questionnaires d'adolescents exposés à de la maltraitance sont inclus à l'étude. Aucun n'a de critère d'exclusion.

3.1.2. Sélection des adolescents non exposés à de la maltraitance

Un total de 19 médecins généralistes ont été contactés dans 3 départements différents. Une réponse négative est revenue d'un médecin récemment installé qui se jugeait dans l'incapacité de sélectionner au mieux des situations de non maltraitance. Pour les 12 médecins ayant répondu initialement, 3 relances ont eu lieu. Un total de 51 mails ont été envoyés pour inclure 31 adolescents non exposés à de la maltraitance. A noter qu'un questionnaire a été exclu puisque suite à l'entretien réalisé avec l'adolescent l'investigateur a finalement douté d'une exposition à de la maltraitance. L'auteur de l'étude a inclus 6 autres patients dans ce groupe.

3.1.3. Diagramme des flux

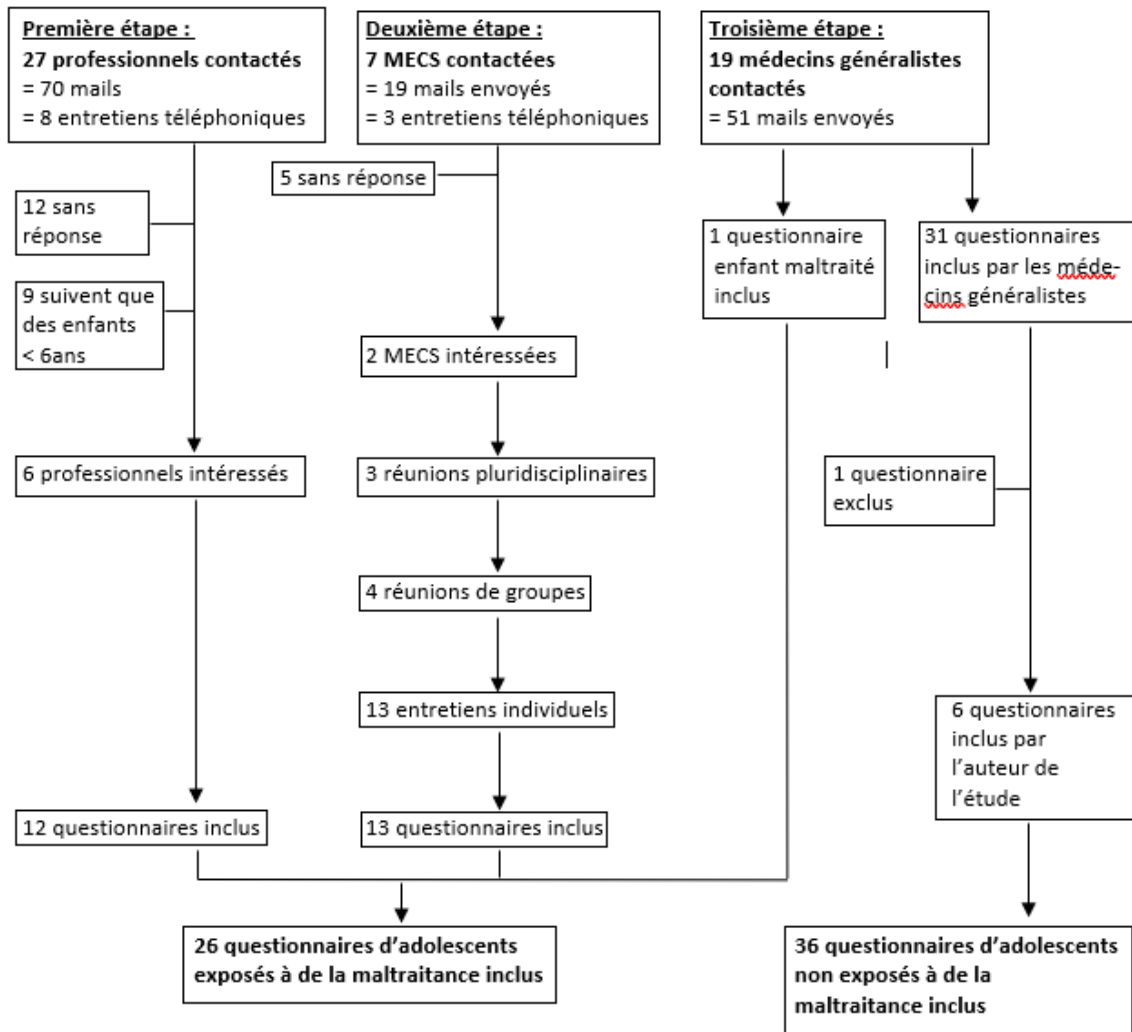


Figure 1 : Diagramme des flux

3.2. Analyse descriptive

3.2.1. Caractéristiques de la population

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population de l'étude. Le détail de l'analyse descriptive de cette population est disponible en annexe 14.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

Caractéristiques des groupes	Non maltraités N = 36	Maltraités N = 26	Total N = 62	Analyse statistique
Sexe, n (%)				
Feminin	15 (41,67%)	11 (42,31%)	26 (41,94%)	
Masculin	21 (58,33%)	15 (57,69%)	36 (58,06%)	p = 0,96**
Age, médiane (Q1 - Q3)*	15,0 (15,0 - 16,2)	15,5 (15,0 - 16,8)	15,0 (15,0 - 16,8)	p = 0,84***
Caractéristiques familiales au moment de la réalisation du PRSI, n (%)				
Enfant vivant avec ses deux parents sous le même toit	25 (69,44%)	1 (3,85%)	26 (41,94%)	
Enfant vivant en aternance chez l'un et l'autre des parents	7 (19,44%)	1 (3,85%)	8 (12,90%)	
Enfant vivant chez l'un des parents (famille monoparentale)	4 (11,11%)	0	4 (6,45%)	
Enfant vivant chez un autre membre de la famille	0	0	0	
Enfant vivant majoritairement en famille ou structure d'accueil	0	20 (76,92%)	20 (32,26%)	
Autre	0	1 (3,85%)	1 (1,61%)	
Absence de réponse	0	3 (11,54%)	3 (4,84%)	p<0,001****
	Non Maltraités N = 72	Maltraités N = 52	Total N = 124	Analyse statistique
Caégories socio-professionnels des parents, n (%)				
Agriculteur	4 (5,56%)	1 (1,92%)	5 (4,03%)	
Artisans, commerçant, chef d'entreprise	7 (9,72%)	2 (3,85%)	9 (7,26%)	
Cadre et profession intellectuelle supérieure	15 (20,83%)	0	15 (12,10%)	
Employé	36 (50,00%)	12 (23,08%)	48 (38,71%)	
Retraité	1 (1,39%)	1 (1,92%)	2 (1,61%)	
Sans activités	8 (11,11%)	11 (21,15%)	19 (15,32%)	
Non connu	1 (1,39%)	13 (25,00%)	14 (11,29%)	
Non répondu	0	12 (23,08%)	12 (9,68%)	p < 0,001****

* Q1 = Premier quartile Q3 = Troisième quartile ** test du Chi2 *** test de Mann Whitney **** test de Fisher

3.2.2 Données recueillies uniquement dans le groupe des enfants maltraités

Les tableaux 2 et 3 résument les données recueillies uniquement dans le groupe des enfants maltraités. Le détail de l'analyse descriptive est disponible en annexe 14.

Tableau 2 : Données recueillies uniquement dans le groupe des enfants maltraités

	Maltraités N = 26
Caractéristique familiale pendant l'exposition à la maltraitance, n (%)	
Enfant vivant avec ses deux parents sous le même toit	5 (19,23%)
Enfant vivant en alternance chez l'un et l'autre des parents	4 (15,38%)
Enfant vivant chez l'un des parents (famille monoparentale)	6 (23,08%)
Enfant vivant chez un autre membre de la famille	0
Enfant vivant majoritairement en famille ou structure d'accueil	7 (26,92%)
Autre	0
Absence de réponse	4 (15,38%)
Arrêt de l'exposition à la maltraitance, n (%)	
avant l'âge de 7 ans	0
après l'âge de 7 ans	14 (53,85%)
est toujours en cours	2 (7,69%)
Données manquantes	10 (38,46%)

Tableau 3 : Type de maltraitance déclaré comme présent pendant la période d'exposition à de la maltraitance

	déclaré présent	non déclaré présent	Données manquantes
Type de maltraitance, n (%)			
Violences physiques	10 (38,46%)	6 (23,08%)	10 (38,46%)
Abus sexuels	4 (15,38%)	12 (46,15%)	10 (38,46%)
Violences psychologiques	14 (53,85%)	2 (7,69%)	10 (38,46%)
Négligences de besoins primaires	7 (26,92%)	9 (34,62%)	10 (38,46%)
Négligences de protection	5 (19,23%)	11 (42,31%)	10 (38,46%)
Négligences de soin	2 (7,69%)	14 (53,85%)	10 (38,46%)
Manque de réponse aux besoins affectifs et émotionnels de l'enfant	10 (38,46%)	6 (23,08%)	10 (38,46%)

3.2.3. Réponses aux PRSI

Le tableau 4 montre le résultat des réponses au questionnaire selon le groupe. L'analyse descriptive détaillée de chacune des questions est disponible en annexe 15.

Tableau 4 : Réponses aux questions du PRSI selon le groupe des enfants maltraités ou non

Réponse, n (%)	Non maltraités N = 36		Maltraités N = 26		Total N = 62		Analyse statistique
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Petit-déjeuner	18 (50,00%)	18 (50,00%)	6 (23,08%)	20 (76,92%)	24 (38,71%)	38 (61,29%)	$p = 0,032^*$
Régime	1 (2,78%)	35 (97,22%)	7 (26,92%)	19 (73,08%)	8 (12,90%)	54 (87,10%)	$p < 0,01^{**}$
Sexualité	17 (47,22%)	19 (52,78%)	10 (38,46%)	16 (61,54%)	27 (43,55%)	35 (56,45%)	$p = 0,49^*$
Injures	3 (8,33%)	33 (91,67%)	19 (73,08%)	7 (26,92%)	22 (35,48%)	40 (64,52%)	$p < 0,001^*$

* test du chi2 ** test de fisher

3.3. Analyses statistiques

3.3.1. Comparaison des groupes

L'ensemble des caractéristiques de la population sont répertoriées dans le Tableau 1.

L'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant l'âge ($p=0,84$) et le sexe ($p=0,96$) des patients inclus.

Concernant les caractéristiques familiales au moment de la réalisation du questionnaire, il existe une différence significative entre les deux groupes de patients inclus. Les adolescents non maltraités vivent principalement chez leurs deux parents tandis que les adolescents maltraités sont principalement placés en famille ou structure d'accueil ($p<0,001$).

Concernant les catégories socioprofessionnelles des parents, il existe une différence significative entre les deux groupes. Les parents du groupe des enfants non maltraités ont des statut socio-professionnels supérieurs à ceux du groupe des enfants maltraités ($p<0,001$). A noter qu'il y a 12 données manquantes, elles appartiennent toutes au groupe des enfants maltraités.

3.3.2. Analyses statistiques des réponses au PRSI

Le tableau 4 regroupe l'analyse statistique de chacune des réponses au PRSI.

L'analyse montre que la réponse à la question du petit-déjeuner est significativement différente entre les deux groupes ($p=0,032$). Les enfants maltraités déclarent significativement prendre moins souvent leur petit-déjeuner avec un de leur parent que les enfants non maltraités.

La réponse à la question du régime est significativement différente entre les deux groupes ($p<0,01$). Les enfants maltraités cherchent significativement plus à faire quelque chose pour perdre du poids que les enfants non maltraités.

La réponse à la question de la sexualité n'est pas différente entre les deux groupes ($p=0,49$).

La réponse à la question des injures est significativement différente entre les deux groupes ($p<0,001$). Les enfants maltraités reçoivent significativement plus d'injures de la part d'un membre de leur famille que les enfants non maltraités.

3.3.3. Réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance

Au vu de ces premiers résultats, les réponses proposées en faveur d'une exposition à de la maltraitance à chacune des questions sont :

- non à la question du petit-déjeuner,
- oui à la question du régime,
- non à la question sur la sexualité
- oui à la question sur les injures

Combien de réponses en faveur de maltraitance seraient nécessaires pour suspecter une exposition à de la maltraitance avec ce questionnaire ?

Afin de déterminer le score de positivité du PRSI, le nombre de réponses en faveur d'une exposition à de la maltraitance est calculé pour chacun des questionnaires.

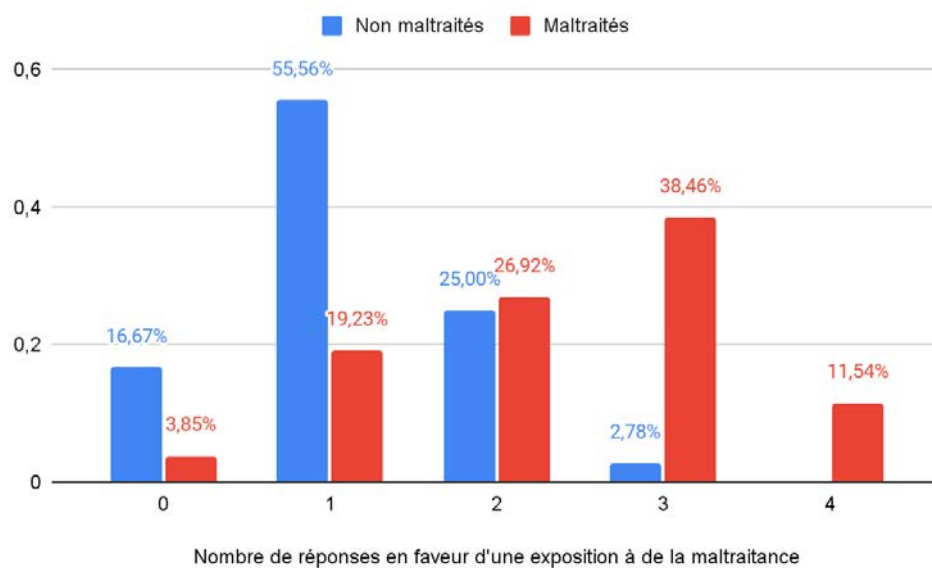


Figure 2 : Nombre de réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance par questionnaire, selon le groupe

Selon la figure 2, 72,23% des adolescents du groupe des enfants non maltraités ont 0 ou 1 réponse en faveur de maltraitance, contre 23,08% des adolescents maltraités.

25% des adolescents non maltraités ont 2 réponses en faveur de maltraitance contre 26,92% du groupe des adolescents maltraités.

50% des adolescents du groupe des enfants maltraités ont répondu à 3 ou 4 questions en faveur d'une exposition à de la maltraitance contre 2,78% des enfants non maltraités.

Tableau 5 : Nombre de réponses en faveur de maltraitance par questionnaire entre le groupe des enfants maltraités et celui des non maltraités

	Non maltraités N=36	Maltraités N=26	Total N=62	Test statistique
Réponse en faveur de maltraitance, médiane (Q1 - Q3)*	1,00 (1,00-2,00)	2,5 (2,00 -3,00)	1,00 (1,00-2,00)	p<0,001**

* Q1 = Premier quartile Q3 = Troisième quartile ** Test Mann Whitney

Les tests statistiques du tableau 5 confirment qu'il y a une différence significative du nombre de réponses en faveur de maltraitance entre les deux groupes ($p < 0,001$). La médiane de réponse du groupe des enfants non maltraités est à 1 tandis qu'elle s'élève à 2,5 pour le groupe des enfants maltraités. Le troisième quartile du groupe des enfants non maltraités et le premier quartile du groupe des enfants maltraités est égal à 2,00.

Selon la figure 2 et le tableau 5, les analyses ne permettent pas de déterminer si répondre à 2 questions en faveur de maltraitance fait suspecter ou non une exposition à de la maltraitance.

3.3.4. Détails des réponses aux questionnaires

Pour compléter l'analyse des réponses au questionnaire entre les deux groupes, le détail des réponses en faveur d'une exposition à de la maltraitance est étudié. La figure 3 illustre cette répartition des réponses aux PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance en fonction du groupe.

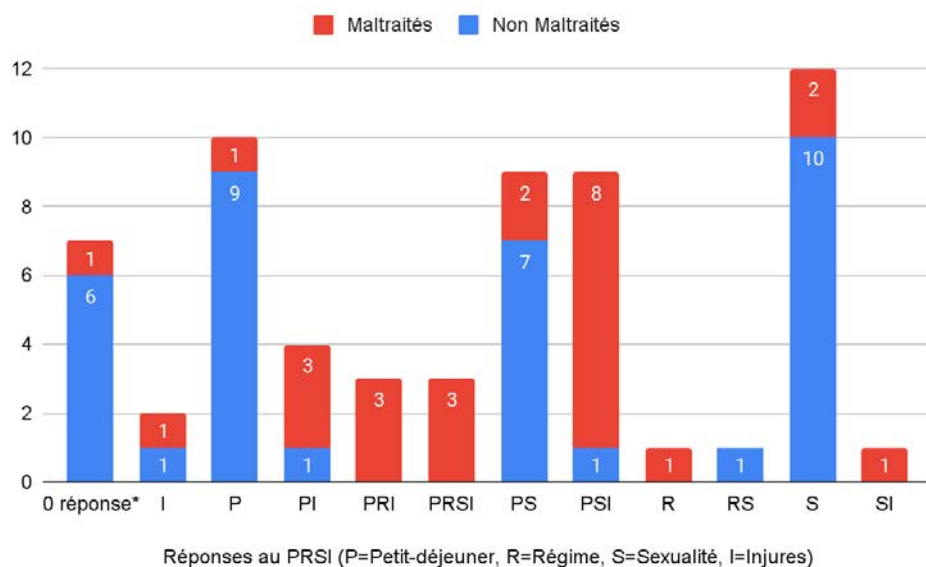


Figure 3 : Détail des réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités
 *Aucune réponse au questionnaire en faveur d'une exposition à de la maltraitance

Pour la question sur les injures dont la significativité est $<0,001$: parmi les 29 enfants non maltraités ayant 1 ou 2 réponses en faveur de maltraitance, seulement 2 ont répondu à l'exposition aux injures. Parmi les 14 enfants maltraités ayant 3 ou 4 réponses en faveur de maltraitance, 14 ont répondu à l'exposition aux injures.

Les résultats sont semblables pour la question sur le régime alimentaire, dont la significativité est à $< 0,01$. Parmi les 29 enfants non maltraités ayant 1 ou 2 réponses en faveur de maltraitance, seulement 1 a répondu faire un régime pour perdre du poids. Parmi les 14 enfants maltraités ayant 3 ou 4 réponses en faveur de maltraitance, 6 ont déclaré faire un régime pour perdre du poids.

Le taux de significativité de la question sur les injures et le régime alimentaire sont similaires (respectivement $p<0,001$ et $p<0,01$). Dans l'ensemble de la population étudiée, 22 adolescents ont répondu être exposés à des injures, ce qui est plus fréquent que 8 adolescents qui font un régime alimentaire.

Pour la question sur le petit-déjeuner dont la significativité est à $0,032$: parmi les 14 enfants maltraités ayant 3 ou 4 réponses en faveur de maltraitance, 14 ont répondu ne pas prendre souvent leur petit-déjeuner avec un de leur parent. Cependant, parmi les 29 enfants non maltraités ayant 1 ou 2 réponses en faveur de maltraitance, 17 ont déclaré ne pas prendre souvent leur petit-déjeuner avec un de leur parent. La

différence entre les deux groupes est moins importante pour cette question qui a un taux de significativité inférieur.

Concernant la question sur la sexualité dont le taux de significativité est à 0,49 : parmi les 29 enfants non maltraités ayant 1 ou 2 réponses en faveur de maltraitance, 18 ont déclaré ne pas parler de sexualité avec leur parent. Parmi les 14 enfants maltraités ayant répondu 3 ou 4 réponses en faveur de maltraitance, 11 ont déclaré parler de sexualité avec leur parent.

Selon le tableau 4 et la figure 3, la force d'association entre une réponse en faveur de maltraitance et une maltraitance avérée est différente d'une question à l'autre. La suite du travail utilise l'hypothèse que la force d'association entre la réponse en faveur d'une exposition à de la maltraitance et la maltraitance avérée est décroissante selon l'ordre suivant:

1. les injures
2. le régime
3. le petit-déjeuner
4. la sexualité

3.3.5. Score de positivité du PRSI

Le calcul du score du PRSI proposé dans le tableau 6 découle d'une pondération de chacune des questions déterminées selon l'hypothèse précédemment présentée.

Tableau 6 : Calcul du score du PRSI proposé selon la pondération de chacune des questions

	OUI	NON
Petit-déjeuner	0	2
Régime	3	0
Sexualité	0	1
Injures	4	0

A noter que différents tests de pondération ont été réalisés. Les pondérations en 2 points et 3 points ont mis en évidence des intervalles interquartiles qui se croisent entre les deux groupes. Ils n'ont pas été retenus dans cette étude. Ces analyses sont disponibles en annexe 16.

La pondération en 4 points du PRSI permet de proposer un score de positivité qui semble pertinent. Selon le tableau 7, les réponses aux PRSI avec cette pondération sont significativement différentes entre les deux groupes ($p < 0,001$). De plus, les intervalles interquartiles (Q1 et Q3) des deux groupes ne se croisent pas. Un seuil de positivité peut donc être déterminé. Selon le tableau 7, un score < 3 au PRSI est en faveur d'une absence de maltraitance. Un score > 3 est en faveur d'une maltraitance.

Tableau 7 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 4 points

	Non maltraités N = 36	Maltraités N = 26	Total N = 62	Analyse statistique
Score PRSI, médiane (Q1 - Q3)*	2,00 (1,00-3,00)	7,00 (3,25-7,00)	3,00 (1,00-6,00)	$p < 0,001^{**}$
* Q1 = Premier quartile Q3 = Troisième quartile ** test de Mann Whitney				

La figure 4 montre le détail des scores de chacun des questionnaires selon la pondération en 4 points.

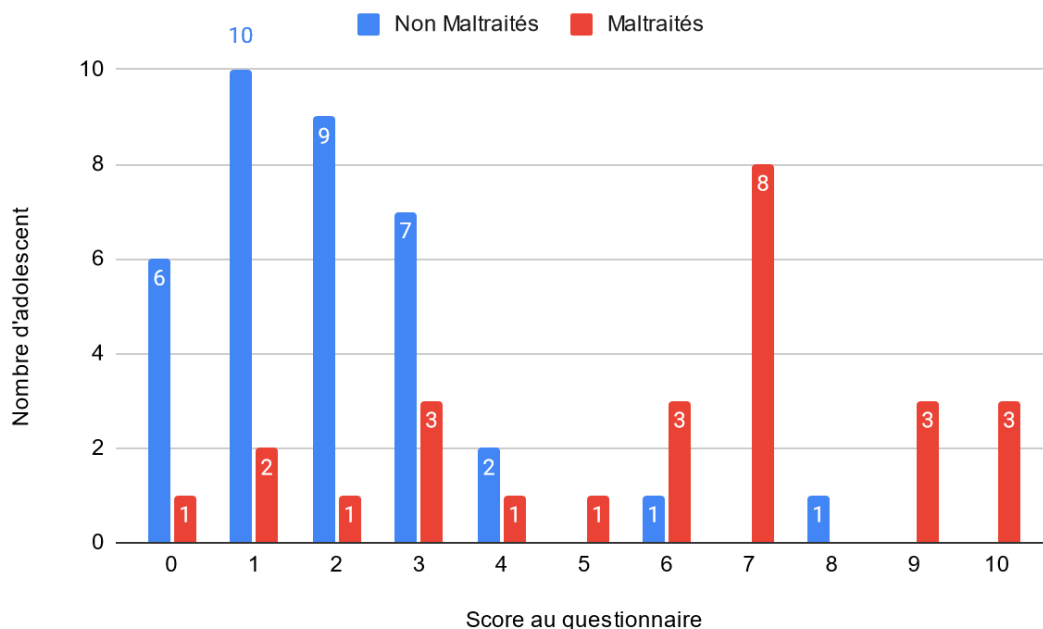


Figure 4 : Calcul du score du PRSI pour chacun des questionnaires selon le groupe des enfants maltraités ou non maltraités

Avec un seuil de positivité du PRSI supérieur à 3, 19 des 26 adolescents maltraités seraient repérés avec ce questionnaire. Cependant, 7 adolescents maltraités ne seraient pas considérés comme suspects de maltraitance.

Avec un seuil de positivité supérieur ou égale à 3, 22 des 26 adolescents maltraités seraient repérés avec ce questionnaire et 4 ne seraient pas considérés comme suspects de maltraitance.

Avec un seuil de positivité au PRSI > 3 , parmi les 36 adolescents non maltraités, 4 seraient suspectés comme exposés à de la maltraitance. Avec un seuil de positivité supérieur ou égale à 3, parmi les 36 adolescents non maltraités, 11 seraient suspectés de maltraitance.

3.3.6. Analyse en sous-groupe

Deux analyses en sous-groupe ont été réalisées. Elles sont détaillées en annexe 17.

Les réponses aux questionnaires du PRSI ont été analysées selon l'âge. On ne retrouve pas de différence significative de réponse au PRSI selon l'âge des adolescents de l'étude.

Une seconde analyse a permis d'étudier les réponses au PRSI selon le sexe de l'adolescents. Il existe une différence significative de réponse concernant la question sur la sexualité ($p=0,015$). Les garçons ont déclaré ne pas parler de sexualité avec leurs parents pour 69,44% d'entre eux alors que les filles ont déclaré en majorité parler de sexualité avec leurs parents, soit 61,54% d'entre elles.

IV. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats de l'étude

4.1.1. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à déterminer le seuil de positivité du PRSI. L'analyse des réponses au questionnaire de la population de l'étude a permis de déterminer qu'un score au PRSI supérieur ou égal à 3 peut faire suspecter une exposition à de la maltraitance.

Il est important de préciser que ce score a été proposé à partir d'une hypothèse concernant la force d'association entre une réponse en faveur d'une exposition à de la maltraitance et une maltraitance avérée. Cette hypothèse a permis de pondérer les résultats au questionnaire mais doit être évaluée par d'autres études pour en confirmer la validité.

Afin d'augmenter les probabilités de repérer cette maltraitance infantile, il est décidé de considérer un score égal à 3 comme étant positif. Selon l'analyse statistique de cette étude, un score au PRSI égal à 3 est normalement considéré comme non suspect de maltraitance. Cependant, avec un score de positivité supérieur à 3, sept enfants maltraités ne seraient pas repérés. Avec un score de positivité supérieur ou égal à 3, quatre enfants maltraités ne seraient pas repérés. L'objectif d'un test de repérage est d'avoir un large recrutement de la population suspectée. Une seconde évaluation doit ensuite permettre de confirmer le diagnostic. Inclure plus de patients suspects permet de mieux repérer les cas les plus douteux. Dans le souci d'augmenter la performance de repérage du PRSI, il est donc décidé d'inclure un score égal à 3 comme étant une suspicion de maltraitance. La contrepartie sera de suspecter plus d'enfants qui finalement ne sont pas exposés à de la maltraitance, soit passer de 4 à 11 enfants non maltraités suspectés dans cette étude. L'impact que la procédure de confirmation diagnostic peut avoir sur l'enfant et son entourage peut remettre en question ce seuil de positivité. Dans cette étude, le statut maltraité et non maltraité des adolescents inclus peut être discutable. Il serait nécessaire d'évaluer ce score sur une autre population avec des effectifs plus importants afin de confirmer ce seuil de positivité.

4.1.2. Objectif secondaire de l'étude

Cette étude montre que le PRSI est un outil prometteur pour le repérage de la maltraitance infantile. En effet, les enfants étant ou ayant été exposés à de la maltraitance répondent différemment aux questions que les enfants non maltraités.

Les analyses statistiques mettent en évidence des réponses significativement différentes entre les enfants maltraités et non maltraités concernant le petit-déjeuner ($p=0,032$), le régime ($p<0,01$) et les injures ($p< 0,001$). Le score total du PRSI est aussi significativement différent entre les deux groupes ($p<0,001$).

Dans cette étude, la question concernant la sexualité n'a pas de différence significative entre les deux groupes d'enfants maltraités et non maltraités. Ceci pourrait remettre en question sa présence au sein du PRSI. Cependant, l'analyse en sous-groupe montre une différence significative concernant la réponse à la question sur la sexualité en fonction du sexe ($p=0,015$). Dans notre étude, les garçons parlent significativement moins de sexualité avec leurs parents que les filles. Ne pas parler de sexualité avec ses parents semble être plus associé à une exposition à de la maltraitance. Il semble donc intéressant de conserver cette question au sein du PRSI.

D'autres études avec des effectifs plus importants pourraient mettre en évidence une différence significative entre les adolescents maltraités et non maltraités concernant cette question sur la sexualité. Si ces autres études ne retrouvaient pas de différence, il serait peut-être envisageable d'utiliser cette question uniquement chez les garçons.

4.2. Autres résultats

4.2.1. Catégories socioprofessionnelles des parents

Dans cette étude, les catégories socioprofessionnelles des parents sont significativement différentes entre le groupe des adolescents maltraités et non maltraités ($p<0,001$). On remarque que les parents des enfants maltraités ont un statut social inférieur à celui des enfants du groupe non maltraités. Dans la littérature, la question du lien entre maltraitance et le milieu socio-économique familial reste très débattu.

Des études ont prouvé le lien entre maltraitance et pauvreté concernant les maltraitements physiques, psychologiques et les négligences. Un faible niveau social, le chômage, la pauvreté favorisent une vie stressante et un mal être chez les parents qui constituent un facteur précipitant de maltraitance. Certains auteurs évoquent le fait que les professionnels de la protection de l'enfance se sentent plus sûrs d'eux en désignant un abus parmi les familles défavorisées et vulnérables qui entretiennent les stéréotypes. Il leur est plus difficile de se confronter à des parents de catégories sociales supérieures (24).

D'autres auteurs considèrent au contraire que les milieux défavorisés, du fait de ces stéréotypes, sont plus soumis à la surveillance des services sociaux et donc plus dépistés. Des études montrent qu'il n'y a pas de différence de classe sociale concernant les parents auteurs d'abus sexuels ou du syndrome du bébé secoué. Certains auteurs suggèrent que les politiques réfutent ce lien pour fuir leurs responsabilités dans la lutte contre la pauvreté (24).

Pour faire suite à tous ces débats, la HAS reconnaît la pauvreté comme facteurs de risque de maltraitance. Elle rappelle aussi aux professionnels que la maltraitance peut toucher tous les milieux (15) (25). Les professionnels de santé doivent être mis en garde contre l'utilisation des stéréotypes biaisés en fonction du milieu social et doivent rester vigilants sur les classes supérieures. Si les enquêtes en population générale comme dans cette étude montrent une prédominance de la maltraitance dans les classes sociales pauvres, cela ne signifie pas qu'elle est absente des autres.

4.2.2. Familles d'accueils

Sur les 26 questionnaires inclus dans le groupe des enfants maltraités, on note que 26,92% des adolescents ont déclaré vivre en structure ou famille d'accueil au moment de l'exposition à de la maltraitance. Les adolescents sont souvent placés pour des faits de maltraitance. Il est assez troublant de constater que par la suite, ils déclarent être exposés à de la maltraitance au sein de leurs structures d'accueil.

Plusieurs études évoquent les difficultés des familles d'accueil dans la prise en charge des enfants placés. Une étude québécoise interroge les assistants familiaux afin d'explorer les motivations des familles d'accueil. Ils évoquent un désir de venir en aide, de rendre justice à ces enfants. Ils ont souvent un désir d'être parent et semblent

en quête de l'enfant idéalisé (26). Les difficultés sont nombreuses à l'accueil de ces enfants traumatisés. Certains reproduisent inconsciemment les relations violentes antérieures qu'ils ont pu vivre ou voir dans leur famille biologique. L'enfant est en quête affective et demande souvent une disponibilité permanente et exclusive allant parfois jusqu'à l'épuisement de la famille d'accueil (27).

Toute la complexité de ces relations explique que beaucoup de placements sont en échec. Le rôle principal de la famille d'accueil est de répondre aux besoins de l'enfant au moment du placement. Cependant, l'enfant placé arrive au sein d'une nouvelle famille avec de multiples problématiques. Pour répondre aux besoins de l'enfant et être non maltraitant, il faudrait pouvoir répondre à toutes ces problématiques. Les familles d'accueil sont rarement formées à cela. Les études montrent d'ailleurs une meilleure réussite de l'accueil lorsque les familles y sont préparées (27).

En France, pour devenir assistant familial, il faut au minimum un stage préparatoire à l'accueil d'un enfant de 60 heures. Par la suite, un enfant peut être confié à la famille. Le diplôme d'état d'assistant familial, formation de 300 heures supplémentaires, n'est pas indispensable à l'exercice du métier. Selon une étude de l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger), seulement 16% des assistants d'accueil des départements interrogés seraient diplômés (28).

La loi taquet de février 2022 vise à promouvoir le statut des assistants familiaux notamment en sécurisant la rémunération minimale pour l'accueil d'un enfant. Elle prévoit aussi un contrôle plus strict des agréments dans le but de protéger l'enfant. Un fichier national des agréments est créé afin d'éviter qu'un assistant familial demande un nouvel agrément dans un nouveau département alors que celui-ci lui a été retiré dans un autre pour des faits de maltraitance (9) .

4.2.3. Structures d'accueils

Des problématiques similaires sont visibles en centre d'accueil. Selon l'ONPE, en France en 2019, on estime que 42% des enfants placés sont en famille d'accueil et 38% en établissement d'hébergement (dont 72% en MECS) (29).

Une des premières violences institutionnelles est la décision inappropriée d'un placement. Il n'existe souvent aucun moyen alternatif. La décision du placement et le

lieu de celui-ci sont déterminés selon la situation familiale, l'urgence et les places d'accueil disponibles.

Les MECS sont des maisons dans lesquelles entre 6 et 10 jeunes gèrent leur quotidien à l'aide d'éducateurs. Comme au sein des familles d'accueil, les jeunes confrontent le personnel à des problématiques sociales, psychologiques et éducatives liées à leur histoire traumatique ou carencielle. Ces adolescents demandent une attention particulièrement individualisée et personnalisée. Cette vie en collectivité peut limiter la prise en charge de leurs besoins. La présence d'un éducateur à chaque heure de la journée et de la nuit permet de guider et de donner un cadre de vie à l'adolescent. Pour assurer ce service, plusieurs professionnels constituent les équipes éducatives rendant plus complexe la singularité de la relation adolescent-éducateur (30) (31) (32). Comme au sein des familles d'accueil, l'adolescent peut mettre en échec son placement. L'éducateur peut aussi ne pas pouvoir répondre aux besoins complexes de l'enfant. Des études rapportent des témoignages d'adolescents qui dénoncent le fait de ne pas avoir été entendus lors de leur libération de parole en institution. Une psychologue d'établissement a rapporté qu'une adolescente lui avait confié ne pas avoir été entendue par le personnel de son centre d'accueil lorsqu'elle a évoqué son inceste (30).

Lors de ce travail sur le PRSI, une partie de la recherche a été réalisée au sein des MECS. La plupart de ces établissements offraient un cadre de vie bienveillant à ces adolescents avec des éducateurs disponibles et à l'écoute. Il y a un désir de guider et soutenir le jeune dans ses études et ses projets professionnels. Deux points ont cependant été marquants. D'une part, le manque de personnel semble assez important. Par exemple, au cours des 3 mois d'intervention en MECS, un service s'est vu attribuer 3 chefs différents. Ceci reflète la réalité des problématiques économiques du secteur médico-social. D'autre part, le sujet de la maltraitance a semblé heurter quelques professionnels. Ceci montre qu'il existe probablement encore un tabou à parler de la maltraitance, peut être une défaillance sur la formation des professionnels à ce sujet.

La loi Taquet vise à améliorer la protection des jeunes au sein des établissements d'accueil. Elle prévoit le contrôle systématique et régulier des antécédents judiciaires de tous professionnels travaillant dans des établissements pour mineurs. Tous les établissements sociaux et médico-sociaux doivent désigner une autorité tierce à

l'établissement, vers laquelle les personnes accueillies pourront se tourner en cas de difficultés. Cette loi supprime les sorties sèches à l'âge de 18 ans et prévoit une autonomisation progressive jusqu'à l'âge de 21 ans (9).

4.2.4. Coordination des professionnels de santé

Les difficultés de communication entre les professionnels et les problèmes d'organisation du système de soin ont été un frein important à la bonne réalisation de ce travail. Pour l'équipe de recherche, les médecins de PMI semblaient être les interlocuteurs les plus appropriés pour réaliser ce travail. Les médecins généralistes interrogés dans les études ont aussi le réflexe de contacter leurs confrères de la PMI lorsqu'il s'agit de maltraitance infantile (17) (33). Finalement, les premiers médecins de PMI ont signalé ne pas suivre la catégorie d'âge des adolescents. Inclus dans les réseaux de soins et de prise en charge des enfants (en bas âge) maltraités, ces médecins semblaient pouvoir être de bon conseil dans la recherche d'investigateurs. Cependant, peu de médecins de PMI ont fourni de contacts fiables pour répondre à la question de recherche. Certains n'ont donné aucune réponse. D'autres ont conseillé des contacts non adaptés au projet de l'étude. Aucune des personnes conseillées par les médecins de PMI n'avaient le même statut professionnel. Ce constat suggère que le réseau de soin de la protection de l'enfance est soit méconnu des professionnels soit peu organisé. Pourtant la loi du 14 mars 2016 prévoit qu'un médecin référent de la protection de l'enfance soit désigné dans chaque département afin de coordonner les professionnels (34).

Une thèse réalisée en 2019 dans le département de l'Ariège a permis de recenser localement l'ensemble des professionnels travaillant autour de la protection de l'enfance. Cette longue liste de contacts rend la compréhension du réseau de soin trop complexe. Ce travail met aussi en évidence les difficultés de communication entre tous ces interlocuteurs. Les médecins généralistes interrogés déclarent être peu inclus dans les démarches et non informés des procédures de signalement de leurs patients. Le manque d'effectif est un facteur de difficulté repéré par cette étude pour l'organisation du système de la protection de l'enfance. Les acteurs de terrain interrogés ont pris conscience d'un manque de lien global, en particulier avec les médecins généralistes (33).

4.2.5. Types de violences subies

Dans notre étude, la majorité des répondants ont déclaré avoir été exposés à plusieurs types de maltraitance. Seulement 4 des participants ont spécifié un seul type de maltraitance. A noter que l'information sur le type de maltraitance subi est manquante pour 10 des 26 personnes interrogées. Les maltraitements les plus fréquemment déclarés sont les violences psychologiques et les négligences. Les données de la littérature sont similaires. En 2020, La SNATED recense 34,3% des appels au 119 en lien avec de la violence psychologique et 23,5% avec des problèmes de négligences (11).

4.3. Points forts de l'étude

Il existe de nombreuses études s'intéressant à la maltraitance infantile, ses causes, ses conséquences, sa prise en charge par les professionnels. Cette étude est la seule proposant un outil de repérage adapté aux soins premiers.

Beaucoup de travaux sur la maltraitance infantile sont réalisés chez les enfants en bas âge. La vulnérabilité des nourrissons et des jeunes enfants rend le repérage de la maltraitance pour les moins de 5 ans primordial. Cependant, il ne faut pas oublier les enfants plus âgés et les adolescents. La maltraitance peut apparaître à tout âge. Cette étude est une des seules à s'intéresser au repérage de la maltraitance chez l'adolescent et à proposer un outil qui interroge directement les victimes.

Il n'y a aucune donnée manquante concernant l'âge, le sexe et les réponses au PRSI permettant une analyse pertinente des résultats de cette étude. Les analyses statistiques montrent que les deux groupes sont comparables en ce qui concerne l'âge et le sexe des adolescents.

Une analyse en sous-groupe de cette étude ne montre aucune différence entre les réponses au PRSI selon les catégories d'âges des adolescents interrogés. Cette analyse suggère que le questionnaire est autant adapté à des jeunes de 13 ans que de 18 ans.

Chacun des participants a répondu aux 4 questions du PRSI malgré le libre choix de non réponse. Il semble donc que ce questionnaire soit facilement réalisable, que les questions posées ne semblent pas importuner l'adolescent.

Il faut noter que 26,92% des adolescents du groupe des enfants maltraités ont déclaré être en famille ou structure d'accueil au moment de l'exposition à de la maltraitance. Le PRSI semble donc être un outil pertinent pour le repérage de la maltraitance infantile que ce soit chez des enfants placés ou non.

Les résultats concernant la question sur les catégories socioprofessionnelles des parents et les types de maltraitements déclarés dans cette étude correspondent aux données de la littérature. La population de cette étude semble plutôt représentative de la population générale (validité externe).

4.4. Limites de l'étude

Cette recherche est une étude observationnelle de faible niveau de preuve. Les effectifs de chacun des groupes sont faibles et limitent la puissance de l'étude.

Un biais de sélection est présent dans cette étude puisque aucun tirage au sort n'a été réalisé pour inclure les adolescents. De plus, les groupes ont été sélectionnés par des professionnels différents.

Le libre choix de participation laissé à l'adolescent constitue un second biais de sélection. Il est possible que les adolescents avec les histoires de vie les plus compliquées n'aient pas souhaité participer à l'étude.

Au niveau méthodologique, il faut noter que les modalités d'inclusion des participants ont été adaptées au cours de la recherche. Certains adolescents ont été interrogés par l'auteur de l'étude, d'autres par un investigateur. Malgré un protocole détaillé sur les modalités de réalisation du questionnaire, il n'y a aucune certitude sur la bonne application de celui-ci. La question sur le régime peut avoir été difficilement interprétée. La temporalité peut être ambiguë entre la consigne de répondre aux questions au moment de l'exposition à la maltraitance et la présence dans la question de la pré-phrase "pour le moment".

Un biais de réponse est présent dans cette étude. Une partie des enfants maltraités a reçu un cours théorique sur la maltraitance infantile intrafamiliale avant la réalisation du questionnaire que les enfants non maltraités n'ont pas reçu. En effet, dans la seconde partie de l'étude réalisée dans les MECS, les professionnels ont souhaité que

l'auteur de ce travail interroge directement les adolescents. Une intervention initiale auprès des jeunes a été nécessaire afin de présenter l'objectif du travail et l'auteur de l'étude. Il a été choisi de parler de la maltraitance de façon théorique avant la réalisation du questionnaire.

Cette étude présente aussi un biais de classement puisque le statut d'enfant maltraité ou non maltraité a été décidé par une tierce personne. La littérature montre bien que le silence est de rigueur lorsqu'un enfant est exposé à de la maltraitance. Moins d'un adulte interrogé sur 5 déclare avoir parlé de maltraitance au moment des faits (14). Le statut d'enfant non maltraité a été décidé par le médecin traitant sans qu'aucune question n'ait été posée directement à l'adolescent. Ainsi peut être que des adolescents exposés à une certaine forme de maltraitance ont pu être inclus dans le groupe des enfants non maltraités.

Un biais de mémorisation est possible lors de la réalisation du questionnaire chez les adolescents exposés à de la maltraitance. La réponse au questionnaire du PRSI fait appel à leur souvenir de vie lors de la période d'exposition à la maltraitance. Ce biais a été limité avec la question sur l'âge de l'arrêt de l'exposition à la maltraitance, critère d'exclusion. Cependant, la réponse à cette question est absente pour 10 des 26 questionnaires d'enfants maltraités. Ce biais de mémorisation n'est pas présent dans le groupe des enfants non maltraités puisqu'ils répondent au questionnaire en fonction de leur histoire de vie actuelle.

Afin de ne pas stigmatiser l'auteur intrafamilial de maltraitance et de ne pas compromettre la relation avec l'adolescent lors de l'entretien, aucune question ne portait sur l'auteur des violences. Dans cette étude, le PRSI n'a peut être pas été évalué seulement sur des violences intrafamiliales. Cependant, la majorité des adolescents de cette étude étant placés en structure ou famille d'accueil, il peut être supposé que l'auteur est un membre de la famille proche.

Il existe de nombreuses données manquantes notamment sur le type de maltraitance auxquels a été exposé l'adolescent. Ceci ne permet pas de déterminer si le PRSI semble plus pertinent pour repérer un type de maltraitance en particulier.

Finalement, le PRSI est un outil pertinent pour le repérage de la maltraitance infantile mais cette étude ne permet pas de préciser qu'il s'adresse particulièrement aux violences intrafamiliales et hors violences sexuelles.

4.5. Perspectives

4.5.1. Compléter les résultats de cette étude

Cette étude ouvre plusieurs perspectives de recherches. Compléter ce travail est indispensable pour confirmer ces résultats. Il serait intéressant d'évaluer ce questionnaire sur de plus grands effectifs. Il pourrait aussi être évalué sur une population d'adolescents sans sélection vis-à-vis de leur statut d'enfant maltraité ou non. Une enquête anonyme à grande échelle pourrait être proposée aux collégiens et lycéens en leur demandant de préciser s'ils pensent être exposés ou non à de la maltraitance. Un cours théorique sur la maltraitance intrafamiliale pourrait être réalisé avant la distribution du questionnaire afin de les sensibiliser au préalable sur la notion de maltraitance (en collège ou lycée par exemple).

4.5.2. Faire de la prévention de la maltraitance infantile aux adolescents

Selon l'OMS, la prévention primaire regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire ces risques d'apparition (35). Inclure la notion d'enfant à risque dans la définition de la maltraitance de 2007 favorise cette démarche préventive. Informer l'adolescent permet de le rendre acteur de sa santé. En 2020, la SNATED note que les appels provenant directement du jeune exposé à de la maltraitance sont en légère augmentation comparativement aux années précédentes (11). Dans cette étude sur le PRSI, les réunions d'informations sur la maltraitance réalisées auprès des adolescents semblaient pertinentes et rapides. Un programme de prévention pourrait être inclus lors d'exams systématiques réalisés en consultation de routine de soins premiers. Comme pour l'enfant plus jeune, il pourrait être proposé un suivi systématique chez l'adolescent. A chaque consultation, un sujet de prévention pourrait être abordé.

Par exemple :

- à 10 ans, parler de l'exposition aux écrans, aux jeux vidéos, à internet
- à 11 ans, évoquer l'intérêt de la vaccination avec le rappel du DTP et aborder le vaccin contre le papillomavirus
- à 12 ans, évoquer l'équilibre alimentaire et l'activité physique
- à 13 ans, parler de violences intrafamiliales

- à 14 ans, discuter des changements hormonaux de l'adolescence
- à 15 ans, réaliser la prévention et l'information sur la sexualité et les IST
- à 16 ans, évoquer les toxiques (tabac, alcool, drogues)

Pour améliorer l'observance de ces consultations, un courrier de rappel de la sécurité sociale pourrait être adressé à l'adolescent et/ou ses parents, mentionnant le thème de la consultation. Ainsi, chacun pourrait être préparé à aborder le sujet prévu. Proposer la gratuité de la consultation pour tout mineur non accompagné pourrait aussi permettre d'autonomiser les adolescents et leur faciliter l'accès au soins. 78,6% des médecins généralistes interrogés dans une étude sur le dépistage de la maltraitance infantile en région PACA y sont favorables (20). Une étude montre que les Français se déclarent favorables (pour 90% des interrogés) à ce que le sujet de la maltraitance soit abordé systématiquement avec les élèves dans le cadre de l'école (14).

Pour améliorer cette lutte contre la maltraitance, il est primordial de lever les tabous et d'inclure les adolescents dans leur prise en charge.

4.5.3. Redonner confiance aux médecins généralistes

Le PRSI est un outil facilement utilisable en consultation de soins premiers (36). Il peut permettre de rassurer le médecin généraliste en ajoutant un argument en faveur de maltraitance lorsqu'il est en doute. Ce questionnaire peut être associé à d'autres méthodes de repérage. Par exemple, le gut feeling a été validé en tant qu'outil de dépistage dans les infections sévères de l'enfant aux urgences pédiatriques (37). Il serait intéressant d'étudier cette notion dans le domaine de la maltraitance infantile. Le ressenti du médecin généraliste est primordial lorsqu'il évalue une situation de maltraitance. L'utilisation d'un outil comme le PRSI peut le rassurer sur une suspicion de maltraitance. Le calcul d'un score peut aussi lui donner de la légitimité quant à la mise en place d'une intervention que ce soit auprès de la famille ou auprès de ses confrères travaillant dans les services sociaux.

Une formation médicale semble indispensable et attendue des médecins généralistes pour les aider à mieux appréhender ces situations de maltraitance infantile. Une étude américaine déclare qu'au bout de 10 heures de formation, les médecins réalisent plus d'IP ou de signalement (38). Actuellement, la HAS recense en moyenne

une heure de cours sur la maltraitance infantile réalisée dans les 6 premières années d'étude médicale (39). Il semble donc impératif de proposer plus de formations sur la maltraitance infantile aux professionnels de santé.

4.5.4. Que faire d'une suspicion de maltraitance

Au vu des conséquences de la maltraitance infantile, il est important de développer les méthodes de repérage et de diagnostic de la maltraitance. Différents questionnaires sont déjà utilisés pour repérer la maltraitance. Le questionnaire CAP (The Child Abuse Potential Inventory) dépiste les facteurs de risque de maltraitance chez les jeunes parents. Le TDVP (Test de dépistage de la violence parentale) repère les jeunes de 4 à 6 ans à l'aide d'illustrations (40). L'outil ESCAPE est un outil développé pour aider les infirmières d'accueil aux urgences à repérer des situations de maltraitance. En 2021, une équipe du CHU (Centre hospitalier universitaire) de Dijon a publié un article sur un algorithme très prometteur pour le repérage de la maltraitance infantile des enfants de 0 à 5 ans admis en milieu hospitalier (41). Le PRSI est le premier questionnaire qui s'adresse aux médecins généralistes. Au vu des questions qui ne sont pas spécifiquement des données médicales, le PRSI pourrait être utile pour d'autres professionnels travaillant avec les adolescents (éducateurs, infirmiers scolaire, professeurs, ...). Une fois la maltraitance suspectée, il est indispensable de proposer une conduite à tenir aux professionnels pour confirmer ce diagnostic.

Dans un premier temps, il semble primordial de déterminer le référent de la protection de l'enfance dans chaque département.

Il est aussi indispensable de développer les prises en charge de la maltraitance. Des études montrent que parmi les personnes déclarant avoir été victimes de maltraitance et en avoir parlé, seules 55% affirment avoir bénéficié d'une procédure d'aide suite à leurs révélations (principalement un éloignement de l'auteur pour 27%). Au sein des Français affirmant avoir témoigné d'une situation de maltraitance, seuls 17% déclarent avoir bénéficié d'un suivi thérapeutique (14). Il semble urgent de proposer des aides pour le secteur médico-social. Il faut donner plus de moyens et de personnels aux structures accueillant ces jeunes. La loi Taquet prévoit de nombreuses avancées, mais bon nombre de points restent encore à améliorer.

5. CONCLUSION

La maltraitance infantile reste un enjeu majeur de santé publique. La complexité de sa définition et le tabou sociétal rendent son repérage difficile. Les médecins généralistes, médecins de famille de chacun de ces enfants, ont un rôle primordial dans le dépistage de ces violences. Le PRSI est un outil récemment créé pour les aider à repérer la maltraitance intrafamiliale chez les adolescents de 13 à 18 ans. Cette étude a permis de déterminer qu'un score au questionnaire supérieur ou égal à 3 peut faire suspecter une exposition à de la maltraitance. Les réponses au questionnaire sont significativement différentes entre les adolescents maltraités et non maltraités, ce qui suggère que le PRSI est pertinent dans le repérage de la maltraitance. Cependant, des études complémentaires avec des effectifs plus grands sont nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

En parallèle de l'étude de ce nouveau questionnaire, il est indispensable d'améliorer la communication entre les professionnels de santé travaillant avec ces enfants maltraités. Il est primordial d'identifier les référents de la protection de l'enfance de chaque département et d'intégrer le médecin généraliste dans la mise en place des mesures de protection concernant leurs patients.


Pour avancer dans la lutte contre la maltraitance infantile intrafamiliale, la prévention semble un axe de prise en charge à ne pas négliger. Il serait intéressant d'informer les adolescents et de les intégrer à leur prise en charge. Des campagnes d'informations collectives (dans les établissements scolaires) ou individuelles (lors de consultation médicale) peuvent permettre de lever les tabous sur ces violences intrafamiliales.

"Tant que des enfants continueront à être victimes de maltraitance, nous continuerons à être coupables de négligence. Il est de notre devoir de nous mobiliser tous ensemble pour que plus aucun enfant n'ait à subir de violence, quelle qu'elle soit." A.Taquet

Vu Toulouse le 24/08/22


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 30/08/22


Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, 34
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Marceline Gabel. La maltraitance faite aux enfants. *adsp*. 31 juin 2000;26-34.
2. Cour des comptes. « La protection de l'enfance » Rapport public thématique [Internet]. 2009 oct. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/846>
3. Noiriel G. De l'enfance maltraitée à la maltraitance. Un nouvel enjeu pour la recherche historique. *Geneses*. 2005;no 60(3):154-67.
4. Organisation mondiale de la santé. Maltraitance des enfants [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
5. HAS - Comment repérer et signaler la maltraitance des enfants - Recommandation de bonne pratique - 29 septembre 2017.
6. ONPE - Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance - Note d'actualité - Mars 2016 [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: https://oned.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf
7. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (1). 2019-721 juill 10, 2019.
8. Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre). Enfants placés : une meilleure protection prévue par la loi [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15498>
9. Journal officiel de la République Française - Loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants - 8 février 2022 [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/3deldX0swAHpojYt0D7RS-N7Pce5JP_lubW2AuKlCjU=/JOE_TEXTE
10. ONPE - Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019 - Note statistique - Février 2021 [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf
11. Service d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED). Étude statistique de l'activité du 119-Année 2020. 2021.
12. Trichard L. Confinés et maltraités: les violences intrafamiliales aussi pandémiques que le coronavirus ? Examen de la situation en France [Internet]. Université de Genève; 2020. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/329741>
13. Tursz A. La maltraitance envers les enfants: Qu'en sait-on actuellement en France? *Les Cahiers Dynamiques*. 2015;66(4):17.
14. Gérard, Lancrey-Javal, Hauser. La maltraitance des enfants, une étude harris interactive pour l'enfant bleu [Internet]. France. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/la-maltraitance-des-enfants-2/
15. HAS - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir - Fiche mémo - Octobre 2014 mise à jour en juillet 2017.
16. Florence Raynal, EA. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. *Revue MEDECINS du conseil de l'ordre des médecins de janvier- février- mars 2015*. 2015;(38):32.
17. Lucie G. Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019. [Rouen]: UFR de santé de Rouen, Normandie; 2021.
18. Lebreton Laura. Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de

- la santé : enquête de pratique descriptive. [Marseille]: Facultés des sciences médicales et paramédicales; 2019.
19. Renzi C. - Dépistage de la maltraitance infantile en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles - Université de Lyon - 2017 [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_RENZI_Camille.pdf
 20. Baccino Julie - Maltraitance infantiles : dépistage par les médecins généralistes de la région PACA - Université de Marseille - 2021 [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03471029/document>
 21. Vandon Y. Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Narbonnais. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2021.
 22. Belot Elodie. Mise au point de la maltraitance intrafamiliale non sexuelle chez l'enfant : revue narrative de la littérature. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
 23. Bauer PJ, Larkina M. The onset of childhood amnesia in childhood: A prospective investigation of the course and determinants of forgetting of early-life events. *Memory*. nov 2014;22(8):907-24.
 24. Desquesnes G. Pauvreté des familles et maltraitance à enfants : un état des lieux de la recherche, une question non tranchée. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. 2011;44(3):11-34.
 25. HAS - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir - Rapport d'élaboration - Octobre 2014 [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
 26. Boyer A, Noël R. Les parents funambules : entre désir d'enfant et désir d'accueil, un équilibre à négocier dans la famille d'accueil régulière au Québec. *Enfances Familles Générations Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* [Internet]. 17 août 2018;(30). Disponible sur: <https://journals-openedition-org-s.docadis.univ-tlse3.fr/efg/2664>
 27. Derivois D, Marchal H. Qu'accueille la famille d'accueil ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. sept 2013;61(6):357-64.
 28. ONED - L'accueil familial : quel travail d'équipe ? - Rapport d'étude - Juillet 2015 [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf
 29. ONPE - La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2019 : les disparités départementales - Note statistique - Février 2022.
 30. Chapon-Crouzet N. De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle. *Empan*. 1 sept 2006;62(2):122-6.
 31. Delépine K. La relation affective en MECS, une négociation entre le nécessaire et l'impensable. 2018.
 32. Chimisanas G. La fonction « du prendre soin » dans une maison d'enfants à caractère social. *Empan*. 2014;95(3):121-8.
 33. Cassagnes L, Delabarre M. - Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège - Etude de recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège - 11 avril 2019 [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2607/1/2019TOU31024-1025.pdf>
 34. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1).

- 2016-297 mars 14, 2016.
35. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives- Recommandations de bonne pratique - HAS - 2015.
 36. Belot E. Proposition d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile, hors atteinte sexuelle en médecine générale. [Toulouse]: Toulouse III Paul Sabatier; 2019.
 37. Marane S, Loljeeh S. Vécu du gut feeling dans le dépistage de la maltraitance infantile par les médecins généralistes en Isère, Savoie et Haute-Savoie. :192.
 38. King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The Effects of Sociodemographic Variables, Training, and Attitudes on the Lifetime Reporting Practices of Mandated Reporters. *Child Maltreat*. 1 août 1998;3(3):276-83.
 39. HAS - Maltraitance des enfants : Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger - Questions-Réponses - Service Presse, novembre 2014 [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf
 40. BAUMIER M. Contribution à un meilleur dépistage des enfants maltraités à l'aide de deux instruments de mesure : CAP et TDVP - Mémoire de la maîtrise en psychologie - septembre 1998 [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur:
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/3759/1/000650508.pdf>
 41. Loiseau M. Valeur prédictive positive d'un algorithme de repérage des enfants maltraités physiquement, âgés de 0 à 5 ans / Positive predictive value of an algorithm for identifying physically abused children aged 0-5 years. :9.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Comment la notion de maltraitance infantile s'est-elle construite ?

Au Moyen-âge, l'enfant est considéré comme un adulte miniature. Il joue au même jeu et répond aux mêmes devoirs que ses parents notamment sur la réalisation des tâches physiques et de travail. Il n'y a pas de notion de la singularité de l'enfant tant sur le plan physique (besoin en apports alimentaires) que sur sa construction mentale (vulnérabilité, naïveté). Au XVIIIème siècle, le taux de mortalité infantile est encore important (environ 25%) ce qui peut expliquer un moindre attachement des parents envers ces enfants autour desquels la mort rodait. De plus, l'absence de contraception à cette époque ne peut limiter le nombre de grossesses non désirées. Ces enfants sont plus souvent victimes d'inceste, de viol ou d'abandon. A cette époque, ce sont principalement les religieux qui les accueillent (1). C'est en 1811 que la prise en charge des enfants abandonnés devient une mesure d'assistance obligatoire par les hôpitaux et les hospices (2).

A la fin du XIX siècle, la société a évolué, les écrivains et philosophes évoquent la dimension psychologique et le souci moral de l'enfant. Il n'est plus considéré comme un adulte miniature mais comme un être avec des besoins physiques et éducatifs spécifiques nécessaires à son développement. La première loi de protection de l'enfance apparaît en France en 1889 et réprime les abus de l'exercice de la puissance paternelle. Les parents auteurs de maltraitances pouvaient se voir retirer la garde de leur enfant et être puni de sanction pénale. Ceci est assez contradictoire avec le droit de "correction paternelle" qui persiste jusqu'en 1935. Le père de famille pouvait faire interner ses enfants "lorsque son autorité était bafouée, la paix familiale compromise". (1)

La spécificité juridique de l'enfant apparaît en 1912 avec la création des tribunaux pour enfants. Le juge des enfants a la possibilité de mettre en place des mesures plutôt éducatives que répressives envers les mineurs délinquants. Il apparaît une vision spécifique à l'enfant au sein de la justice. L'ordonnance du 22 décembre 1958 étend les compétences du juge des enfants à la protection des mineurs en danger. La protection de l'enfance s'organise alors en deux institutions. La protection judiciaire est sous la responsabilité du juge des enfants à l'échelle de l'Etat. La protection

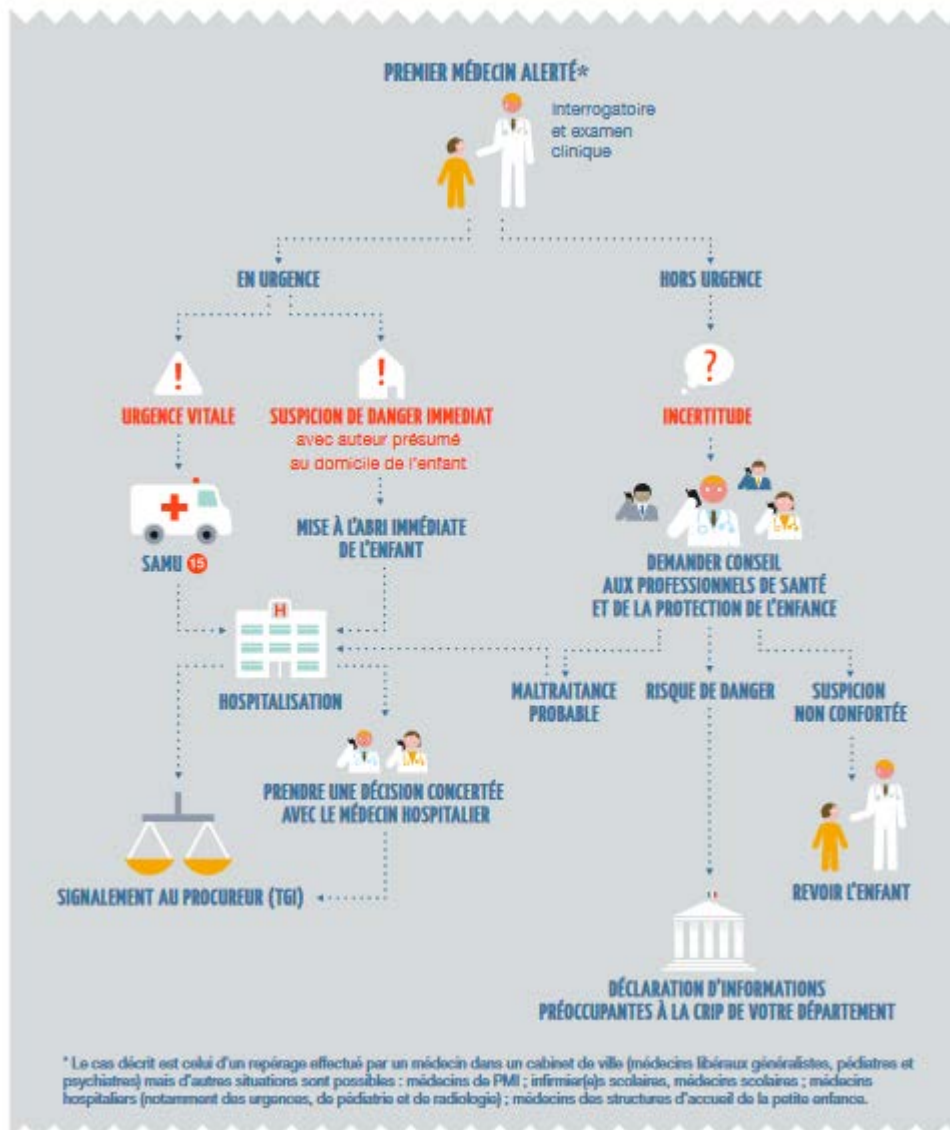
administrative est prise en charge par l'aide sociale à l'enfance sous la responsabilité du président du conseil général à l'échelle départementale (2). Dans les années suivantes, d'autres décrets permettent la coordination de ces services et de ces professionnels. Il apparaît une organisation plus globale et pluridisciplinaire de la protection de l'enfance.

Dans la littérature, les premiers sévices sur les enfants ont été décrits par les écrivains, les religieux et les médecins. Ambroise Tardieu est un des premiers médecins légistes français à décrire le "syndrome de l'enfant battu" dans ses écrits de 1860. (1) La notion de maltraitance infantile a par la suite pris toute son ampleur aux Etats-Unis. En 1953, le radiologue Frederic Silverman évoque un lien entre différentes lésions sur un enfant. En 1961, Henri Krempe rassemble les notions cliniques de Tardieu et radiologiques de Silverman pour préciser "le syndrome de l'enfant battu" (1). Dans les années suivantes, les psychiatres américains se sont intéressés à la notion de maltraitance infantile en étudiant ses conséquences à l'âge adulte. C'est en recherchant les causes de troubles de personnalités multiples qu'ils ont noté un lien avec des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance. Dans les années suivantes, suite à ces révélations, c'est l'explosion du nombre de cas de maltraitements dénoncés. La définition de la maltraitance infantile est officialisée aux Etats-Unis en 1961. Au départ, elle ne comprenait que les enfants battus puis s'est étendue aux sévices sexuels puis aux violences psychologiques. (3)

En France, le même processus d'élargissement de la définition a eu lieu mais vingt ans plus tard, dans les années 90 (3). Ainsi, au fil de l'histoire, différents noms ont désigné la maltraitance : enfant battu, enfant violenté, enfant maltraité (traité-mal), enfant abusé (sexuellement), enfant abandonné, enfant martyr, enfant négligé, enfant en danger. La maltraitance infantile décrite actuellement tend à regrouper toutes ces notions en un terme unique. Sa définition s'est précisée au fil du temps avec l'évolution des connaissances et des idéologies.

Annexe 2 : Procédures de signalement d'un acte de maltraitance infantile

Dans le premier cas, l'enfant est victime de violence pouvant engager son pronostic vital et un signalement est réalisé auprès du Procureur de la République (acte judiciaire). L'enfant est le plus souvent retiré, au moins de façon temporaire, du cercle familial le temps d'évaluer la situation. Dans le second cas, l'enfant est suspecté d'être exposé à de la maltraitance ou est exposé à de la maltraitance n'engageant pas son pronostic vital, une information préoccupante peut être déposée à la CRIP (acte administratif). L'enfant n'est pas systématiquement retiré de la garde parentale mais la situation de vie familiale est évaluée par les services sociaux (2) (5).



Annexe 3 : Recommandations HAS sur le repérage de la maltraitance infantile

Ce qu'il faut rechercher à l'examen clinique (15) :

- signes physiques : ecchymoses, brûlures, morsures, fractures, lésions viscérales, association de ces signes physiques
- signes de négligence : dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, trouble de l'hygiène corporelle
- signes de maltraitance psychologique : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement, discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.
- signes comportementaux chez l'enfant : toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ; un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ; des troubles du sommeil, des cauchemars; des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie); un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé; une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.
- Tout symptôme, du fait de sa persistance et l'absence de cause organique retrouvée peut faire évoquer une maltraitance : douleurs abdominales, céphalées, troubles du transit, douleurs articulaires,...

Facteurs de risque de maltraitance :

- chez l'enfant : prématurité, des troubles du développement et/ou du comportement, le handicap ;
- chez les parents : tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, etc.), des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, des violences conjugales, des addictions, l'isolement social et surtout moral, des troubles psychopathologiques

Annexe 4 : Création du PRSI

Malgré la demande des professionnels de santé, il n'existe à ce jour aucun outil de repérage de la maltraitance infantile adapté à la médecine générale. Le Dr BELOT a souhaité proposer un questionnaire destiné aux soins premiers. Elle a réalisé une revue narrative de la littérature regroupant des tests de dépistages déjà validés dans le repérage de la maltraitance ou l'évaluation du bien être des adolescents. Ces tests comprennent entre 20 et 80 questions, ce qui les rend inadaptés à une consultation de routine de médecine générale. Elle a donc sélectionné parmi ces questionnaires déjà existants, quatre questions à réponse fermée afin de créer le PRSI. Sa dénomination vient des initiales de chacune des questions, P pour « petit-déjeuner », R pour « Régime », S pour « Sexualité » et I pour « Injures ».

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 disent des choses blessantes ?		

Le second travail réalisé a permis de confirmer que le PRSI est un outil perçu comme facilement intégrable à la pratique de la médecine générale (pour 86,4% des médecins interrogés), qualifié de rapide (par 92% des médecins interrogés) et simple d'utilisation (par 91% des médecins interrogés) (36). Ce questionnaire étant approuvé par ces principaux utilisateurs, il est à présent nécessaire de déterminer son seuil de positivité et sa pertinence dans le repérage de la maltraitance infantile.

Annexe 5 : Le questionnaire du PRSI pour les enfants maltraités

Le PRSI : quel repérage de la maltraitance, hors violences sexuelles, chez l'enfant de 13 à 18 ans en soins premiers ?

Âge de l'enfant au moment de la réalisation du questionnaire : ans

Sexe de l'enfant :

- Féminin Masculin

Catégories socioprofessionnelles des parents :

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> Agriculteur	<input type="checkbox"/> Agriculteur
<input type="checkbox"/> Artisans, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçant, chef d'entreprise
<input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure	<input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure
<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Sans activités	<input type="checkbox"/> Sans activités
<input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Non connu

Caractéristiques familiales au moment de la réalisation du PRSI : (choix unique)

- Enfant vivant avec ses deux parents sous le même toit
- Enfant vivant en alternance chez l'un et l'autre des parents
- Enfant vivant chez l'un des parents (famille monoparentale)
- Enfant vivant chez un autre membre de la famille
- Enfant vivant majoritairement en famille ou structure d'accueil
- Autre solution de vie (à préciser) :

Caractéristiques familiales pendant la période d'exposition à la maltraitance : (choix unique)

- Enfant vivant ses deux parents sous le même toit
- Enfant vivant en alternance chez l'un et l'autre des parents
- Enfant vivant chez l'un des parents (famille monoparentale)
- Enfant vivant chez un autre membre de la famille
- Enfant vivant majoritairement en famille ou structure d'accueil
- Autre solution de vie (à préciser) :

Type de violences subies : (choix multiple)

- Violences physiques
- Abus sexuels
- Violences psychologiques : violences verbales, cruauté mentale, humiliations, exigences excessives, enfants témoins de violences conjugales
- Négligence de besoins primaires : ne pas procurer de la nourriture, des vêtements adéquats ou un abri à l'enfant
- Négligence de protection : ne pas protéger l'enfant d'un mal physique, émotionnel ou d'un danger
- Négligence de soin : ne pas assurer à l'enfant l'accès à des soins médicaux ou à un traitement
- Manque de réponses aux besoins affectifs et émotionnels de l'enfant

La Maltraitance : (choix unique)

- s'est arrêtée avant l'âge de 7 ans.
- s'est arrêtée après l'âge de 7 ans.
- est toujours en cours.

PRSI :

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 disent des choses blessantes ?		

Merci pour votre participation,

Charlotte Vigier

Annexe 6 : Le questionnaire du PRSI pour les enfants non maltraités

Le PRSI : quel repérage de la maltraitance, hors violences sexuelles, chez l'enfant de 13 à 18 ans en soins premiers ?

Âge de l'enfant au moment de la réalisation du questionnaire : ans

Sexe de l'enfant :

- Féminin Masculin

Catégories socioprofessionnelles des parents :

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisans, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activités <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisans, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activités <input type="checkbox"/> Non connu

Caractéristiques familiales au moment de la réalisation du PRSI : (choix unique)

- Enfant vivant avec ses deux parents sous le même toit
- Enfant vivant en alternance chez l'un et l'autre des parents
- Enfant vivant chez l'un des parents (famille monoparentale)
- Enfant vivant chez un autre membre de la famille
- Enfant vivant majoritairement en famille ou structure d'accueil
- Autre solution de vie (à préciser) :

PRSI :

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 disent des choses blessantes ?		

Merci pour votre participation,

Charlotte Vigier

Annexe 7 : Mail à destination des professionnels de santé contactés pour le groupe enfants maltraités

Objet : Thèse : évaluation d'un nouvel outil de repérage de la maltraitance infantile en médecine générale

Bonjour,

Je m'appelle Charlotte Vigier, je suis actuellement thésarde de la faculté de médecine Paul Sabatier de Toulouse. Je réalise une étude sur le repérage de la maltraitance infantile en soins premiers dirigée par le docteur Belot et le Professeur Poutrain.

L'intitulé de ma thèse est : « Le PRSI : quel repérage de la maltraitance, hors violences sexuelles, chez l'enfant de 13 à 18 ans en soins premiers ? »

Le PRSI est un questionnaire créé par le Docteur Belot suite à une revue de la littérature des questionnaires déjà validés et utilisés dans le repérage de la maltraitance infantile. Afin d'adapter ce test de repérage aux soins premiers, quatre questions à réponse fermée ont été sélectionnées pour créer le PRSI.

L'objectif de ma thèse est de tester cet outil de repérage chez des enfants déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitements. Pour déterminer la performance du test, les résultats obtenus seront comparés à ceux d'une population définie comme non maltraitée par leur médecin traitant.

Ainsi ce travail permettra de comparer les résultats de ce test entre deux groupes : les « enfants maltraités » inclus par les professionnels de santé en charge du suivi de ces patients et les « enfants non maltraités » inclus par leur médecin généraliste.

Vous trouverez ci-joint les détails concernant le PRSI et la réalisation de ce travail.

Je serais ravie de pouvoir réaliser ce travail avec votre collaboration et celle de vos équipes.

En l'absence de réponse à ce mail, je vous contacterai dans une semaine afin de répondre à vos questions et d'organiser une éventuelle réunion de présentation de ce travail.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Charlotte Vigier.



Projet de thèse

Le PRSI : quel repérage de la maltraitance, hors violences sexuelles, chez l'enfant de 13 à 18 ans en soins premiers ?

Présenté par Charlotte Vigier

Dirigé par Dr Belot / Pr Poutrain

Présidé par Pr Mesthe

Présentation :

Les violences infantiles représentent un problème de santé publique. En 2009, on estimait que 10% des enfants seraient victimes de maltraitements dans les pays à haut revenu. La HAS définit un enfant maltraité comme un enfant victime de violences physiques, abus sexuels, violences psychologiques ou négligences lourdes ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique.

Le conseil de l'ordre des médecins estime que seulement 5% des signalements d'enfant en danger proviennent du secteur médical alors que tous les enfants maltraités passent par le système de santé.

Actuellement, il n'existe aucun outil adapté pour le repérage de la maltraitance infantile en soins premiers. Des études montrent que les médecins généralistes sont en demande de formations et d'outils validés pour faciliter son repérage.

J'ai été intéressée par le travail du Dr Belot qui a créé le PRSI, questionnaire de repérage des enfants de 13 à 18 ans victimes de maltraitance, hors violences sexuelles en médecine générale. Elle a créé cet outil à partir d'une revue narrative de la littérature répertoriant des questionnaires de dépistages validés. Parmi ces tests préexistants, elle a sélectionné 4 questions à réponse fermée pour créer le PRSI. L'acronyme PRSI signifie P pour « Petit-déjeuner », R pour « Régime », S pour « Sexualité » et I pour « Injure ». Son second travail consistait à interroger les médecins généralistes de Midi-Pyrénées quant à la faisabilité du questionnaire en consultation de médecine générale. Le PRSI semble être perçu comme facilement intégrable à la pratique de la médecine générale (pour 86,4% des médecins interrogés) et qualifié de rapide (pour 92% des médecins interrogés) et simple (pour 91% des médecins interrogés).

Mon travail actuel consiste à évaluer cet outil de repérage chez des enfants déjà diagnostiqués comme maltraités afin de déterminer son score de positivité. Pour déterminer la performance du test, les résultats obtenus seront secondairement comparés à ceux d'une population définie comme non maltraitée par leur médecin traitant attitré.

Ainsi ce travail permettra de comparer les résultats de ce test entre deux groupes : les « « enfants maltraités » inclus par les professionnels de santé en charge du suivi de ces enfants et les « enfants non maltraités » inclus par leur médecin généraliste.

Travail actuel :

Des études internationales montrent que 25% des personnes adultes déclarent avoir été victimes de violences dans l'enfance. Ce présent travail vise à améliorer nos capacités à repérer ces enfants plus précocement. Le dépistage et la prise en charge de ces enfants doit se faire de façon coordonnée entre tous les professionnels en lien avec cette population (médecins, psychologues, sages-femmes, infirmières, éducateurs...).

C'est pour ces raisons que je souhaiterais réaliser mon projet en lien avec les professionnels de santé et du médico-social en charge du suivi de ces enfants maltraités.

L'étude est réalisée en Midi-Pyrénées. Je souhaiterais demander aux professionnels de santé en charge du suivi de ces enfants d'utiliser le questionnaire PRSI avec leurs patients de 13 à 18 ans diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitance. Bien sûr, ce test sera réalisé en respectant l'anonymat des patients. La suite du travail consistera à réaliser le même questionnaire chez des enfants de soins premiers, jugés comme étant non maltraités par leur médecin traitant. Afin de pouvoir comparer les résultats des deux groupes « enfants maltraités » et « enfants non maltraités », je vous demanderai de répertorier quelques données épidémiologiques.

Vous trouverez le questionnaire ci-joint.

Annexe 9 : Protocole de réalisation du PRSI à l'intention des professionnels de santé et du médico-social

Protocole de réalisation du PRSI à l'intention des professionnels de santé et du médico-social

Le PRSI est un outil récemment créé pour aider au repérage de la maltraitance infantile en médecine générale. Il est composé de 4 questions à réponses fermées.

L'objectif de ma thèse est d'évaluer ce nouvel outil afin de déterminer son seuil de positivité. Pour cela, je vous demanderai de réaliser le PRSI chez des enfants déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitance. La suite de mon travail sera de comparer les résultats à ceux obtenus chez des enfants non maltraités afin de déterminer la performance du test. Cette seconde partie sera réalisée en lien avec les médecins traitants.

Je vous indique par la suite quelques détails destinés à vous aider dans la réalisation de ce questionnaire.

Le questionnaire peut être réalisé par différents professionnels intervenant dans la prise en charge de l'enfant : médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues, éducateurs, ...

Ce test est à réaliser chez des enfants exposés ou ayant été exposés à de la maltraitance. Au moment de réalisation du PRSI l'enfant doit avoir entre 13 et 18 ans. Il n'y a pas de délai à respecter entre le moment de l'exposition à la maltraitance et le moment de réalisation du PRSI. Cependant, les réponses aux questions du PRSI doivent correspondre à la période d'exposition à la maltraitance. Malgré l'intitulé de la thèse, tous types de violence peuvent être inclus (même les violences sexuelles). Dans la suite de mon travail, j'analyserai moi-même les résultats selon les différents types de violences.

Le questionnaire doit être réalisé lors d'un entretien personnel, c'est-à-dire lorsque l'enfant est disposé à parler de lui-même. Seules les 4 questions composant le PRSI doivent impérativement être posées directement à l'enfant. Les autres informations demandées peuvent être documentées avec vos connaissances sur le dossier de l'enfant.

Bien sûr, ce test sera réalisé en respectant l'anonymat des patients.

Merci pour votre participation à la réalisation de ce travail.

Charlotte Vigier

Annexe 10 : Illustrations des différents type de maltraitance intrafamiliale utilisées lors de l'atelier de groupe organisé dans chacune des MECS

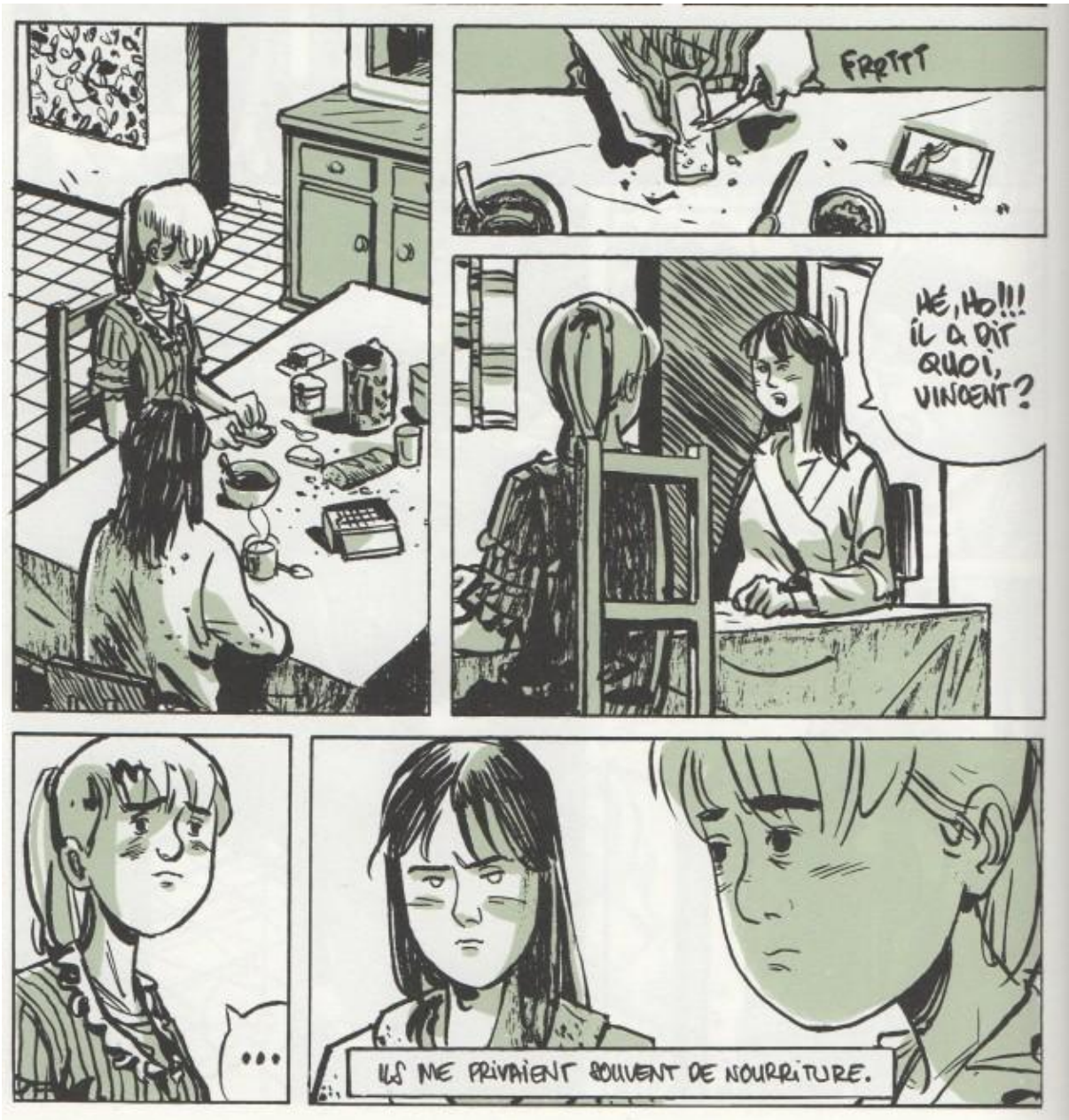
Maltraitance psychologique :



Maltraitance physique, psychologique et enfant témoin de violence :



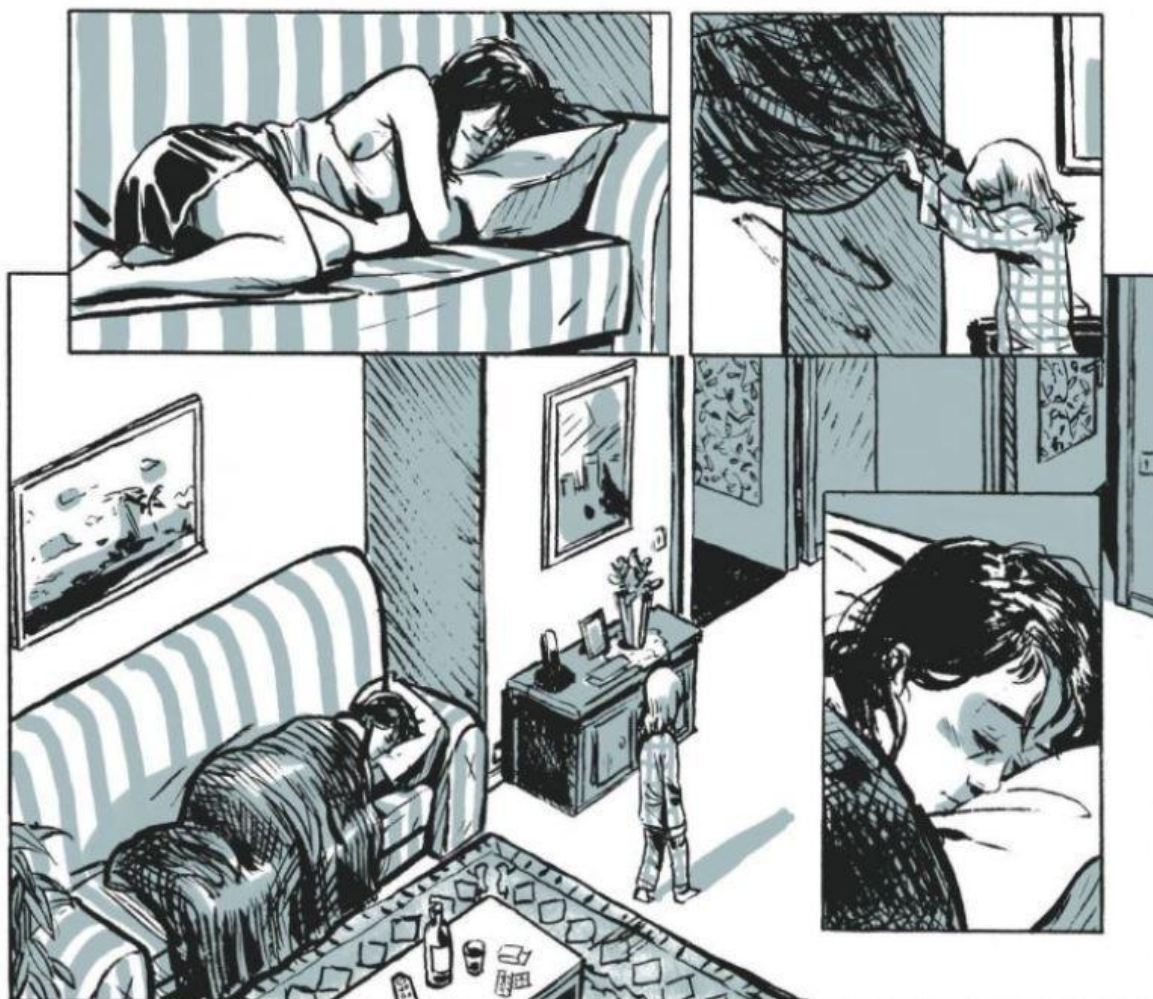
Négligence de besoin :



Violence sexuelle :



Négligence de protection, émotionnelle :



Annexe 11 : Mail à destination des médecins généralistes

Objet : Thèse : Evaluation d'un nouvel outil de repérage de la maltraitance infantile en médecine générale

Bonjour,

Je m'appelle Charlotte Vigier, je suis actuellement thésarde de la faculté de médecine Paul Sabatier de Toulouse. Je réalise une étude sur le repérage de la maltraitance infantile en soins premiers dirigée par le docteur Belot et le Professeur Poutrain.

L'intitulé de ma thèse est : « Le PRSI : quel repérage de la maltraitance, hors violences sexuelles, chez l'enfant de 13 à 18 ans en soins premiers ? »

Le PRSI est un questionnaire créé par le Docteur Belot suite à une revue de la littérature des questionnaires déjà validés et utilisés dans le repérage de la maltraitance infantile. La plupart de ces tests comprennent une soixantaines de questions et ne sont donc pas utilisables lors de nos consultations de médecine générale. Afin d'adapter ce test de repérage aux soins premiers, quatre questions à réponse fermée ont été sélectionnées pour créer le PRSI.

L'objectif de ma thèse est de tester cet outil de repérage chez des enfants déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitements. Pour déterminer la performance du test, les résultats obtenus seront comparés à ceux d'une population définie comme non maltraitée par leur médecin traitant.

Ainsi ce travail permettra de comparer les résultats de ce test entre deux groupes : les « enfants maltraités » inclus par les professionnels de santé en charge du suivi de ces patients et les « enfants non maltraités » inclus par leur médecin généraliste.

Pour améliorer l'analyse statistique de l'étude, je souhaiterais appairer les « cas » et les « témoins » sur l'âge et le sexe. Pour cela, à chaque questionnaire d'enfant maltraité reçu, je vous enverrai une demande mail afin d'avoir un enfant non maltraité correspondant sur l'âge et le sexe. Lors de votre sélection, merci d'éviter les situations de doute et de privilégier les situations, à priori, sans maltraitance.

Vous trouverez ci-joint les détails concernant le PRSI et la réalisation de ce travail. Je reste disponible pour répondre à toutes les questions.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'élaboration de ce projet, merci de me le préciser pour que je vous retire de la mailing list.

En vous remerciant pour votre collaboration,

Charlotte Vigier.

Annexe 12 : Protocole de réalisation du PRSI à l'intention des médecins généralistes

Protocole de réalisation du PRSI à l'intention des médecins généralistes

Le PRSI est un outil récemment créé pour aider au repérage de la maltraitance infantile en médecine générale. Il est composé de 4 questions à réponses fermées.

L'objectif de ma thèse est d'évaluer ce nouvel outil afin de déterminer son seuil de positivité. Pour cela, le PRSI a été testé chez des enfants déjà diagnostiqués comme étant ou ayant été victimes de maltraitance. La suite de mon travail consiste à comparer ces résultats à ceux obtenus chez des enfants non maltraités afin de déterminer la performance du test. Cette seconde partie est réalisée avec votre collaboration.

Je vous indique par la suite quelques détails destinés à vous aider dans la réalisation de ce questionnaire.

Le questionnaire doit être réalisé lors d'un entretien personnel, c'est-à-dire lorsque l'enfant est disposé à parler de lui-même, en présence ou non de ses parents. Seules les 4 questions composant le PRSI doivent impérativement être posées directement à l'enfant. Il n'y a pas d'ordre déterminé pour poser les questions. Elles peuvent être intégrées indépendamment les unes des autres au fil de votre consultation. Les autres informations demandées peuvent être documentées avec votre connaissance du dossier de l'enfant.

Bien sûr, ce test sera réalisé en respectant l'anonymat des patients. Comme vous intervenez en tant qu'intermédiaire et que je n'ai pas accès à l'identité des patients, il n'y a pas nécessité d'avoir un consentement signé de l'enfant ou de ses parents.

Merci pour votre participation à la réalisation de ce travail.

Charlotte Vigier

Annexe 13 : Carnet de bord retraçant l'ensemble des contacts pour la recherche des patients

Carnet de bord

Pour préserver l'anonymat de chacun et afin de ne pas pouvoir remonter jusqu'au personnes contactées, les départements sont arbitrairement numérotés de 1 à 8. Aucun nom n'est cité dans ce carnet de bord. Les personnes contactées sont nommées en chiffres romains.

I. Recherche du groupe "enfants maltraités"

Première partie : recherche auprès des PMI

Février 2021 :

- Préparation du mail de présentation du projet pour les PMI
- Préparation du questionnaire destiné aux enfants maltraités et non maltraités.
- Préparation d'un protocole d'aide à la réalisation du questionnaire
- Préparation d'un document PDF court et d'un diaporama de présentation du travail pour les PMI

18 février 2021 :

- demande par mail à un médecin généraliste du DUMG s'il avait la possibilité de m'indiquer des interlocuteurs pour le département 5

2 mars 2021 :

- allo 3 secrétariats de PMI des départements 2, 3 et 6
- envoi de 3 mails de présentations aux médecins référents de PMI des départements 2, 3 et 6
- relance mail du médecin contacté dans le département 5

3 mars :

- réponse négative du contact I du département 5

6 mars :

- mise en relation par le contact I du département 5 avec le contact II par mail groupé

8 mars 2021 :

- Réponse mail négative du contact II qui avait été directement informé de mon travail par le contact I du département 3. Le contact II ne suit pas d'enfant de cette catégorie d'âge.

9 mars 2021 :

- envoi du mail de relance aux deux contacts n'ayant pas répondu au premier mail du 2 mars pour les départements 2 et 6
- envoi mail de demande si possibilité d'avoir d'autres interlocuteurs au contact II du département 3
- allo secrétariat PMI du département 4 et envoi du mail de présentation au médecin référent du département 4, réponse négative ce même jour, demande d'avoir si possible d'autre contacts dans ce département
- allo secrétariat PMI du département 7 et envoi mail de présentation au médecin référent du département 7, réponse positive pour un entretien téléphonique

10 mars 2021 :

- réponse mail positive pour un entretien téléphonique avec le contact I du département 6
- mail de proposition rdv téléphonique au contact I du département 6
- échanges multiples avec le contact I du département 7 pour l'organisation du rdv téléphonique

12 mars 2021 :

- mail reçu spontanément d'un nouveau contact III du département 3 qui demande un rdv téléphonique

14 mars 2021 :

- mail d'organisation du rdv téléphonique avec le contact III du département 3

15 mars 2021 :

- mail de confirmation du rdv téléphonique avec le contact III du département 3

16 mars 2021 :

- Réponse du contact I du département 4 qui propose un nouvel interlocuteur

18 mars 2021 :

- Entretien téléphonique avec le contact I du département 7 qui fournit 2 autres interlocuteurs

19 mars 2021 :

- entretien téléphonique avec le contact III du département 3

24 mars 2021 :

- suite au premier entretien téléphonique avec le contact III du département 3 et à la discussion concernant le questionnaire, modification du questionnaire :

- ❖ ajout de la question de l'arrêt de la maltraitance (avant ou après 7 ans) afin de limiter le biais de mémorisation dû à l'amnésie des faits probables chez des enfants plus jeunes
- ❖ ajout de la question sur la situation familiale au moment de l'exposition à la maltraitance et au moment de la réalisation du questionnaire afin de clarifier le questionnaire

26 mars 2021 :

- Modification de l'intitulé de la catégorie socioprofessionnel des parents : la dénomination "Père" et "Mère" est remplacée par "Parent 1" et "Parent 2" afin de ne pas omettre les couples homosexuels.
- envoi mail de présentation au contact II du département 4 et au contact II et III du département 7
- réponse positive du contact II du département 7 pour un entretien téléphonique
- envoi du questionnaire actualisé au contact III du département 3 et au contact 1 du département 7
- relance mail du contact II du département 5
- relance mail de la demande de rdv téléphonique avec le contact I du département 6

27 mars 2021 :

- échanges mails d'organisation du rdv téléphonique avec le contact II du département 7

31 mars 2021 :

- Entretien téléphonique avec le contact II du département 7
- mise en relation par copie de mail avec le contact IV du département 7

2 avril 2021 :

- envoi par mail des documents d'information concernant l'étude au contact IV du département 7

6 avril 2021 :

- échanges mails d'information et précision sur les modalités de l'étude avec le contact IV du département 7, organisation d'un rdv téléphonique

8 avril 2021 :

- entretien téléphonique avec le contact IV du département 7
- demande de réalisation d'une demande manuscrite d'autorisation au directeur d'établissement par le contact IV du département 7, coordonnées fournies par mail

11 avril 2021 :

- échanges plusieurs mails pour la programmation d'un rdv téléphonique, échec le jour même avec le contact I du département 6

12 avril 2021 :

- entretien téléphonique avec le contact I du département 6

24 avril 2021 :

- courrier de demande d'autorisation au directeur d'établissement du département 7 posté ce jour

28 avril 2021 :

- envoi du mail de relance au contact II du département 4
- devant l'absence de réponse du contact II du département 5, allo secrétariat PMI et envoie mail au référent PMI (contact III) du département 5

6 mai 2021 :

- appel secrétariat PMI du département 8 pour avoir le contact du référent du département
- Mail de présentation du travail envoyé à 2 contacts du département 8

10 mai 2021 :

- Réponse négative du contact II du département 5 avec proposition de mise en relation avec de nouveaux contacts

13 mai 2021 :

- demande de nouveaux interlocuteurs comme proposés dans le précédent mail du contact II du département 5
- demande au contact IV du département 7 d'informations concernant la demande d'autorisation faites au directeur d'établissement le 24 avril
- mail de relance envoyé aux deux contacts du département 8

18 mai 2021 :

- confirmation mail par le contact IV du département 7 de l'accord du directeur d'établissement pour la réalisation de l'étude
- diffusion du questionnaire lors d'une réunion prévue le 20 mai 2021 par le contact IV du département 7
- mail de remerciement au contact IV du département 7
- réponse négative du contact II du département 8

21 mai 2021 :

- mail de demande d'information sur l'avancée du projet au contact III du département 3, réponse positive mais en attente d'accord des directeurs d'établissement

- mail de demande d'information au contact I du département 6
- demande de nouveaux interlocuteurs au contact II du département 8, réponse ce jour avec deux nouveaux contacts conseillés

25 mai 2021 :

- accord des directeurs d'établissements donné au contact III du département 3

2 juin 2021 :

- mail de présentation du travail envoyé aux deux nouveaux contacts du département 8

4 juin 2021 :

- contact mail avec un médecin du réseau personnel de l'équipe de thèse pour le département 1 nommé contact I

8 juin 2021 :

- contact téléphonique avec le contact I du département 1
-

9 juin 2021 :

- mail du contact I du département 1 pour donner 5 contacts supplémentaires

11 juin 2021 :

- envoi mail de présentation aux 5 nouveaux contacts du département 1

14 juin 2021 :

- mail de relance aux deux nouveaux contact III et IV du département 8

29 juin 2021 :

- mail d'inquiétude du contact IV du département 7 qui n'a reçu encore aucune réponse, réponse de remerciement et demande de nouveaux contacts

30 juin 2021 :

- entretien téléphonique avec contact II du département 1

6 septembre 2021 :

- mail de demande de nouvelles au contact I et II du département 1 ayant répondu au mail initial
- mail de demande de nouvelles au contact III du département 3
- mail de demande de nouvelles au contact I du département 6
- mail de demande de nouvelles au contact IV du département 7

7 septembre 2021 :

- mail de réponse du contact II du département 1 négatif pour le moment

- mail de réponse du contact IV du département 7 négatif “Je suis vraiment désolée mais je n'ai eu aucun retour de la part de mes collègues...Malheureusement, les difficultés que traversent actuellement les équipes sont telles que je crains que mes relances restent vaines.”

8 septembre 2021 :

- mail de réponse négative du contact III du département 3
- envoi mail de remerciement au contact IV du département 7

9 septembre 2021 :

- réponse du contact I du département 1 qui relance ses confrères II III IV V et VI. Proposition d'un nouveau contact VII pour ce même département.

14 septembre 2021 :

- mail au contact VII du département 1

16 septembre 2021 :

- réponse mitigée du contact VII du département 1 “De plus ces questions semblent incongrues dans un entretien de suivi, il faut donc sortir de notre cadre thérapeutique habituel pour y répondre, et qu'il faut donc l'avoir en tête”.

17 septembre 2021 :

- mail de remerciement au contact VII du département 1

30 septembre 2021 :

- envoi mail à un nouveau contact VIII du département 1 trouvé par le réseau personnel de l'équipe de thèse
- 3 questionnaires reçus du département 3

11 octobre 2021 :

- 5 questionnaires reçus du département 3

14 octobre 2021 :

- envoi mail de relance d'information au contact II du département 1 ayant répondu positivement aux premiers entretiens avec une réponse négative le même jour
- demande d'information téléphonique au contact I du département 2 avec réponse négative
- envoi mail de relance d'information au contact I du département 6 ayant répondu positivement lors de l'entretien téléphonique
- envoi demande d'information au contact IV du département 7

21 octobre 2021 :

- réponse positive du contact VIII du département 1

30 octobre 2021 :

- mail de réponse au contact VIII du département 1 avec demande de nouveaux contacts

10 novembre 2021 :

- demande information et nouvelles au contact III du département 3, multiples échanges mails pour étendre les recherches avec d'autres contacts du département

28 novembre 2021 :

- mail de relance pour la demande de nouveaux interlocuteurs auprès de contact VIII du département 1, réponse le jour même

29 novembre 2021 :

- envoi du mail au nouveau contact XIX du département 1

7 décembre 2021 :

- envoi d'un mail de relance contact XIX du département 1
- envoi mail de demande d'information sur les résultats "en cours" promis par le contact VIII du département 1

8 décembre 2021 :

- réponse négative du contact I du département 6 "C'est finalement beaucoup plus compliqué que je ne pensais de récupérer les questionnaires, mes collègues n'y pensent pas au moment où elles ont les enfants et du coup je fais chou blanc, j'en suis désolée car l'étude me semble pertinente. "

11 décembre 2021 :

- mail de réponse et remerciement au contact I du département 6

14 décembre 2021 :

- 4 questionnaires reçus via le contact VIII du département 1

A ce stade de l'étude, 12 questionnaires d'enfant étant ou ayant été exposés à de la maltraitance ont été récupérés entre le 18 février 2021 et le 14 décembre 2021.

Deuxième partie : contact des Maison d'enfant à caractère social

Devant le peu de réponses collectées, début novembre 2021, d'autres interlocuteurs que les PMI ont été contactés. Plusieurs personnes avec qui l'auteur a pu échanger

dans la première partie de l'étude avaient conseillé de contacter directement les MECS.

9 novembre 2021 :

- appel au secrétariat de 3 MECS du département 7 avec envoi du mail de présentation à chacun des contacts donnés
- appel au secrétariat de 2 MECS du département 4 avec envoi du mail de présentation de la thèse à chacun des contacts donnés

15 novembre 2021 :

- appel de la directrice de la MECS I du département 7 pour programmer un entretien

28 novembre 2021 :

- mail de relance au MECS II et III du département 7
- mail de relance au MECS I et II du département 4

29 novembre 2021 :

- mise en relation par le contact VIII du département 1 avec un directeur de MECS de ce même département

30 novembre 2021 :

- réunion avec la directrice et les chefs des différents services de la MECS du département 7

7 décembre 2021 :

- relance mail du directeur de MECS du département 1

10 janvier 2022 :

- contact par mail de la directrice de MECS du département 3 suite à un contact personnel du directeur de thèse

11 janvier 2022 :

- plusieurs échanges mail pour l'organisation d'un rendez vous de présentation du projet avec la directrice de MECS du département 3

17 janvier 2022 :

- Réunion pluridisciplinaire avec les éducateurs, psychologue, maître de maison et chef du service A de la MECS du département 7. Il en découle une longue discussion sur la réalisation du questionnaire. L'ensemble des membres de la réunion semble plus à l'aise à l'idée que l'auteur de l'étude réalise les entretiens. Ils évoquent un risque de perte d'informations et une moindre corrélation du protocole si une personne non médicale réalise l'entretien. De plus, ils ne savent pas comment ils pourraient amener la situation pour

réaliser le questionnaire de façon optimale au vu de leur organisation quotidienne. Pour pouvoir préparer les jeunes à l'intervention de l'auteur de l'étude, une réunion de groupe sera organisée en amont des entretiens individuels. L'objectif de cette réunion de groupe est de discuter de maltraitance intrafamiliale afin de clarifier la définition et de faire de la prévention auprès de ces adolescents. Dans la seconde partie de la réunion, l'auteur prépare une présentation de l'étude et explique les entretiens individuels. Pour permettre de mettre l'adolescent en confiance et ne pas perdre d'information, il est proposé la présence de la psychologue au libre choix du jeune pour avoir une personne référente/familière lors de l'entretien individuel.

18 janvier 2022 :

- Réunion pluridisciplinaire avec les éducateurs, psychologue, maître de maison et chef du service B de la MECS du département 7
- intervention de groupe dans le service A de la MECS du département 7. La première partie de l'entretien est une discussion sur leurs connaissances sur la maltraitance infantile, le débat s'étend sur l'ensemble des violences et notamment le racisme et les violences au sein des familles d'accueil. La définition de la maltraitance intrafamiliale est plutôt connue des adolescents présents à cette réunion. Dans la seconde partie de la soirée, l'objectif de l'étude leur a été présenté.

20 janvier 2022 :

- entretien avec la directrice de la MECS du département 3
- réunion pluridisciplinaire avec les éducateurs, psychologue, maître de maison et chef du service C de la MECS du département 7 annulée lors de l'arrivée sur place suite à des problèmes d'organisation interne.

25 janvier 2022 :

- appel de la psychologue de la MECS du département 7 suite à la première intervention de groupe réalisée et à la réunion des chefs de services. Proposition de rediscuter les modalités de l'intervention en réunion.

1er février 2022 :

- nouvelle réunion avec les chefs de chacun des services, psychologues et directrice de la MECS du département 7 afin de débriefer l'intervention auprès du premier groupe d'adolescents. Les retours ont été mitigés. Il est ressorti plein de choses très intéressantes exprimées par les adolescents. Cependant, le sujet initial a été modifié au cours des échanges ce qui a éternisé la réunion. Pour les prochaines réunions, il convient de diriger un peu plus l'entretien d'autant plus que les prochains adolescents seront plus jeunes et auront besoin de support pour rendre l'intervention moins lourde en concentration. Un travail à partir de bandes dessinées est proposé afin de pouvoir définir la

notion de maltraitance intrafamiliale puis de pouvoir dans un second temps parler de l'objectif de l'étude actuelle et d'organiser les entretiens individualisés. Un temps de réflexion entre la réunion de groupe et l'entretien individuel semble nécessaire pour que les informations données soient réfléchies par l'adolescent.

3 février 2022 :

- réunion pluridisciplinaire prévue avec le service C de la MECS du département 7.

7 février 2022 :

- envoi de mails multiples avec la psychologue du service A de la MECS du département 7 afin d'organiser l'entretien avec l'adolescent ayant répondu favorable à l'entretien individuel

9 février 2022 :

- Réunion de groupe avec les adolescents du service B de la MECS du département 7. L'utilisation d'illustrations et de bandes dessinées a permis un meilleur déroulement de l'entretien. Les adolescents ont participé comme il l'était demandé, chaque type de maltraitance a été présenté par une bande dessinée. L'intervention ayant duré une vingtaine de minutes, les adolescents sont restés intéressés tout le long de l'échange.

16 février 2022 :

- envoi mail au chef de service pour l'organisation des entretiens individuels avec les adolescents du service B de la MECS du département 7

17 février 2022 :

- réunion de groupe dans le service C de la MECS du département 7 annulée car un seul adolescent est présent.

21 février 2022 :

- réunion de groupe dans le service A de la MECS du département 3
- réunion de groupe dans le service B de la MECS du département 3
- envoi mail de relance au chef du service B de la MECS du département 7 avec programmation d'un rendez-vous téléphonique pour l'organisation des entretiens individuels

22 février 2022 :

- appel et message laissé au chef de service B de la MECS du département 7

24 février 2022 :

- 5 entretiens individuels avec les adolescents du service B de la MECS du département 3

- mail du chef du service B de la MECS du département 7 pour prévenir de l'impossibilité d'organiser les entretiens individualisés dans l'immédiat

6 mars 2022

- demande de nouvelles au chef du service B de la MECS du département 7 pour l'organisation des entretiens individuels avec les adolescents

8 mars 2022 :

- entretien individuel avec 1 adolescent de service A de la MECS du département 7
- 7 entretiens individuels avec des adolescents du service A de la MECS du département 3

9 mars 2022 :

- Proposition d'un rendez-vous le 10 mars pour l'organisation des entretiens individuels pour les adolescents du service B de la MECS du département 7, non organisable dans un délai si court.

23 mars 2022 :

- mail de remerciement et d'excuse auprès de l'équipe du service B de la MECS du département 7 pour ne pas avoir pu organiser les entretiens individuels comme initialement prévu

A ce stade de l'étude, 25 questionnaires d'adolescents étant ou ayant été exposés à de la maltraitance ont été inclus à l'étude.

II. Recherche du groupe des enfants non maltraités

Suite aux premiers questionnaires d'enfants maltraités reçus fin septembre 2021, les médecins généralistes ont été contactés au fur et à mesure de la réception des nouveaux questionnaires. Il leur a été demandé d'inclure un de leurs patients de même sexe et âge n'ayant pas d'antécédent d'exposition à de la maltraitance.

8 novembre 2021 :

- envoi mail de présentation et première liste d'adolescents recherchés à 10 médecins généralistes appartenant aux contacts personnels de l'auteur de cette étude.

28 novembre 2021 :

- envoi mail de présentation et première liste d'adolescents recherchés à 5 nouveaux médecins généralistes
- envoi 6 mails de rappels aux médecins généralistes qui n'avaient pas répondu au précédent mail du 8 novembre

4 décembre 2021 :

- 1 questionnaire reçu

11 décembre 2021 :

- 1 questionnaire reçu

12 décembre 2021 :

- un médecin généraliste jugeait être installé depuis trop peu de temps pour pouvoir affirmer l'absence de maltraitance chez ses patients et a conseillé une de ses consœurs du cabinet
- mise en relation avec l'interlocuteur conseillé

18 janvier 2022 :

- envoi rappel mail à un médecin généraliste

19 janvier 2022 :

- contact de 2 nouveaux médecins généralistes
- envoi mail de rappel aux 9 médecins généralistes intéressés par le projet

20 janvier 2022 :

- envoi mail de rappel à un médecin généraliste intéressé initialement par le projet

25 janvier 2022 :

- 3 questionnaires reçus

11 février 2022 :

- un questionnaire reçu d'un enfant exposé à de la maltraitance inclus par un médecin généraliste

16 février 2022 :

- envoi mail de rappel avec nouvelle liste aux 5 médecins généralistes ayant portés intérêt au projet

17 février 2022 :

- envoi mail d'information à un nouveau médecin généraliste

21 février 2022 :

- envoi mail de rappel avec nouvelle liste de demande à 2 autres médecins généralistes ayant porté de l'intérêt au projet

23 février 2022 :

- 2 questionnaires reçus

27 février 2022 :

- 1 questionnaire reçu

3 mars 2022 :

- 1 questionnaire reçu

4 mars 2022 :

- 2 questionnaires reçus

10 mars 2022 :

- envoi mail de rappel avec liste définitive aux 8 médecins généralistes les plus intéressés par le projet

29 mars 2022 :

- 1 questionnaire reçu

15 avril 2022 :

- 8 questionnaires reçus

22 avril 2022 :

- 3 questionnaires reçus

25 avril 2022 :

- 1 questionnaire reçu

27 avril 2022 :

- 3 questionnaires reçus

5 mai 2022:

- 1 questionnaire reçu

13 mai 2022:

- 2 questionnaires reçus

16 mai 2022 :

- 1 questionnaire reçu

A ce stade, 31 patients ont été inclus.

L'auteur a inclus 6 autres patients.

Annexe 14 : Caractéristiques de la population de l'étude

Âge de la population :

La médiane d'âge des adolescents interrogés est de 15 ans. On note que chaque âge est représenté par au minimum deux adolescents inclus. Les tranches d'âges les plus représentées sont les adolescents de 15 à 17 ans, 32,26% des adolescents interrogés ont 15 ans, 19,35% ont 16 ans et 19,35% ont 17 ans.

Seulement 5,56% des adolescents interrogés du groupe des enfants non maltraités ont 13 ans comparativement au 15,38% des adolescents du groupe des enfants maltraités. Les jeunes de 14 et 15 ans sont plus représentés dans le groupe des enfants non maltraités que dans le groupe des enfants maltraités, avec respectivement 16,67% et 36,11% des enfants non maltraités et 7,69% et 26,92% des enfants maltraités.

Pour les 16, 17 et 18 ans, il n'y a pas de différence d'âge notable entre les groupes enfants maltraités ou non.

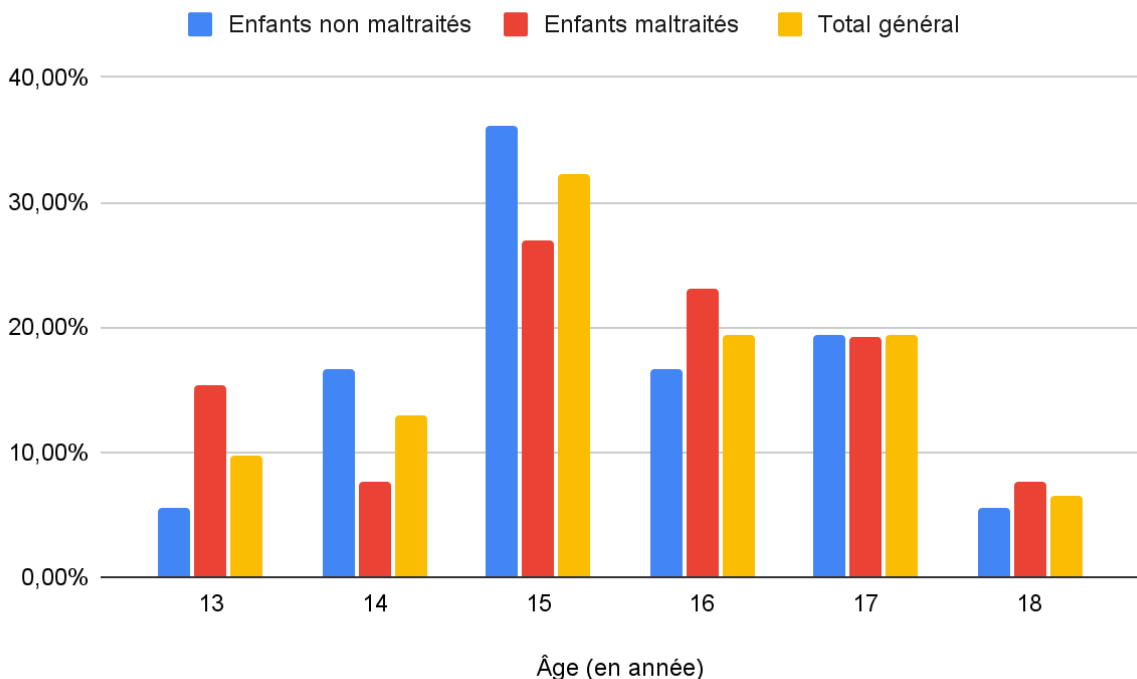


Figure 5 : Répartition de l'âge des adolescents en fonction du groupe des enfants maltraités ou non maltraités

Sexe :

Les adolescents interrogés sont majoritairement des hommes. Ils représentent 58,06% de la population totale interrogée tandis que les femmes représentent 41,94% de cette population. Les hommes représentent 58,33% des adolescents du groupe des enfants non maltraités et 57,69% du groupe des enfants maltraités.

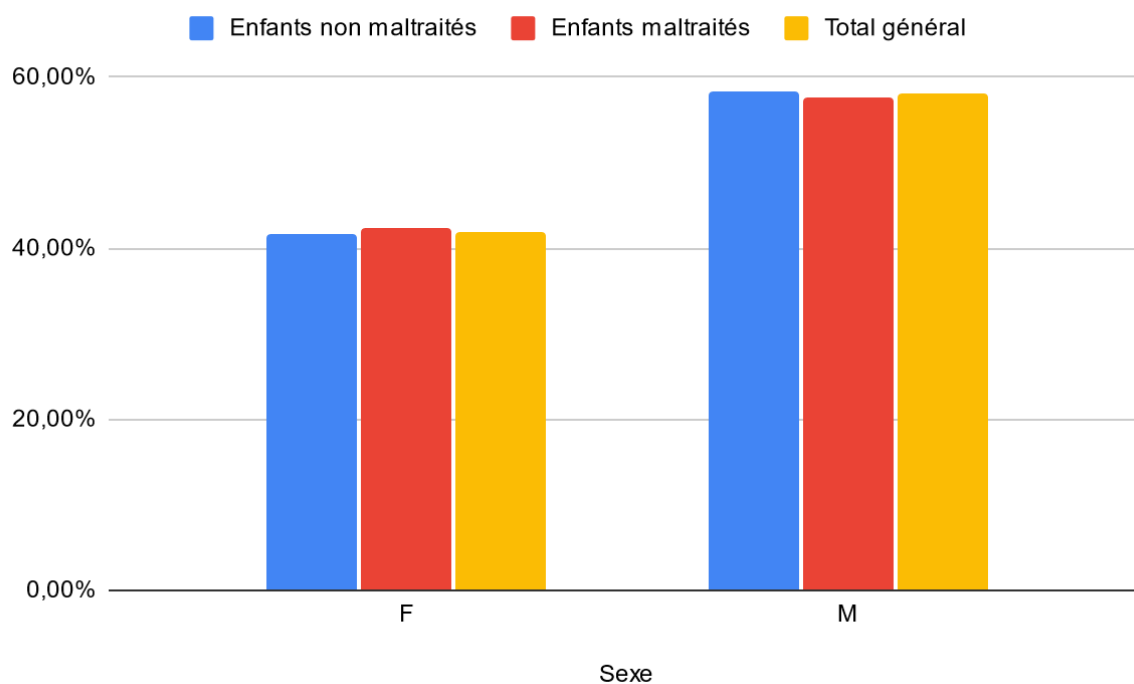


Figure 6 : Répartition du sexe des adolescents en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Catégories socioprofessionnelles des parents :

Parmi l'ensemble des adolescents interrogés, les parents sont majoritairement des employés pour 38,71% d'entre eux ou sans emploi pour 15,32% d'entre eux. On note une absence de réponse sur le statut de 12 parents, soit pour 9,68% de la totalité de l'échantillon. Le statut du parent est inconnu pour 15 parents d'adolescents interrogés, soit 11,29% de la totalité de l'échantillon.

Dans le groupe des enfants maltraités, le statut socioprofessionnel n'est pas connu pour 13 parents soit pour 25% des parents du groupe. La profession de 12 parents n'a pas été renseignée par l'adolescent, soit 23,08% des parents du groupe. Pour ceux ayant informé le statut socio-professionnel de leur parent, on peut noter que 12 parents sont employés, 11 sont sans activité. Aucun parent n'a le statut de cadre ou de profession intellectuelle supérieure dans le groupe des enfants maltraités.

Dans le groupe des enfants non maltraités, on note que 15 parents sont cadres ou de profession intellectuelle supérieure, soit 20,83% des parents du groupe et 36 sont employés, soit 50% des parents du groupe. Dans le groupe des enfants non maltraités, les catégories socio-professionnelles de chacun des parents sont renseignées, seulement 2 ne sont pas connues de l'enfant interrogé.

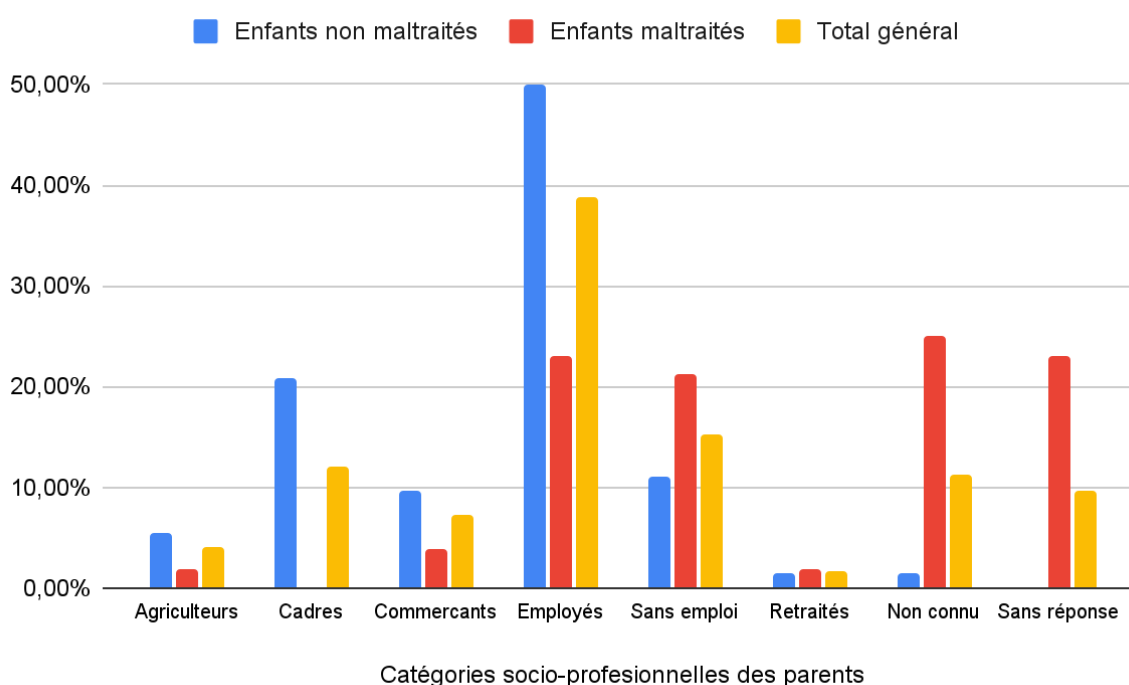


Figure 7 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des parents de l'adolescent en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Caractéristiques familiales au moment de la réalisation du PRSI :

La majorité, soit 76,92% des enfants interrogés du groupe des enfants maltraités vivent en structure ou famille d'accueil. Pour 11,54% d'entre eux, cette question est restée sans réponse. 3,85% des adolescents maltraités vivent chez leurs parents ou en garde alternée.

Les enfants du groupe non maltraités vivent majoritairement chez leurs 2 parents, soit 69,44% d'entre eux. 19,44 % des enfants non maltraités vivent en alternance chez l'un et l'autre des parents et 11,11% d'entre eux dans une famille monoparentale.

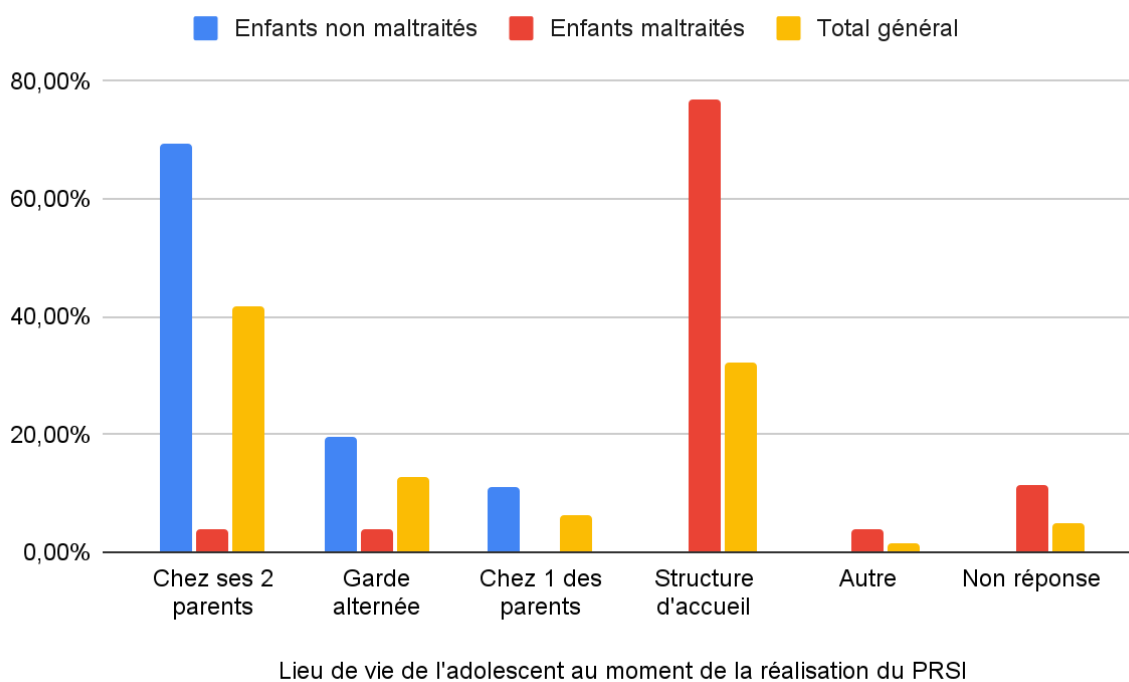


Figure 8 : Répartition des lieux de vie des adolescents au moment de la réalisation du questionnaire en fonction du groupe maltraités ou non maltraités

Caractéristiques familiales pendant la période d'exposition à la maltraitance :

Sur les 26 adolescents interrogés du groupe des enfants exposés à de la maltraitance, 7 ont déclaré vivre en structure ou famille d'accueil au moment de l'exposition à la maltraitance, soit 26,92% des répondants. 6 adolescents vivaient chez un des parents, 5 étaient chez leur deux parents et 4 en garde alternée, ce qui correspond respectivement à 23,08%, 19,23% et 15,38% des répondants.

On note, l'absence de réponse à la question pour 4 questionnaires, soit 15,38% de la population du groupe.

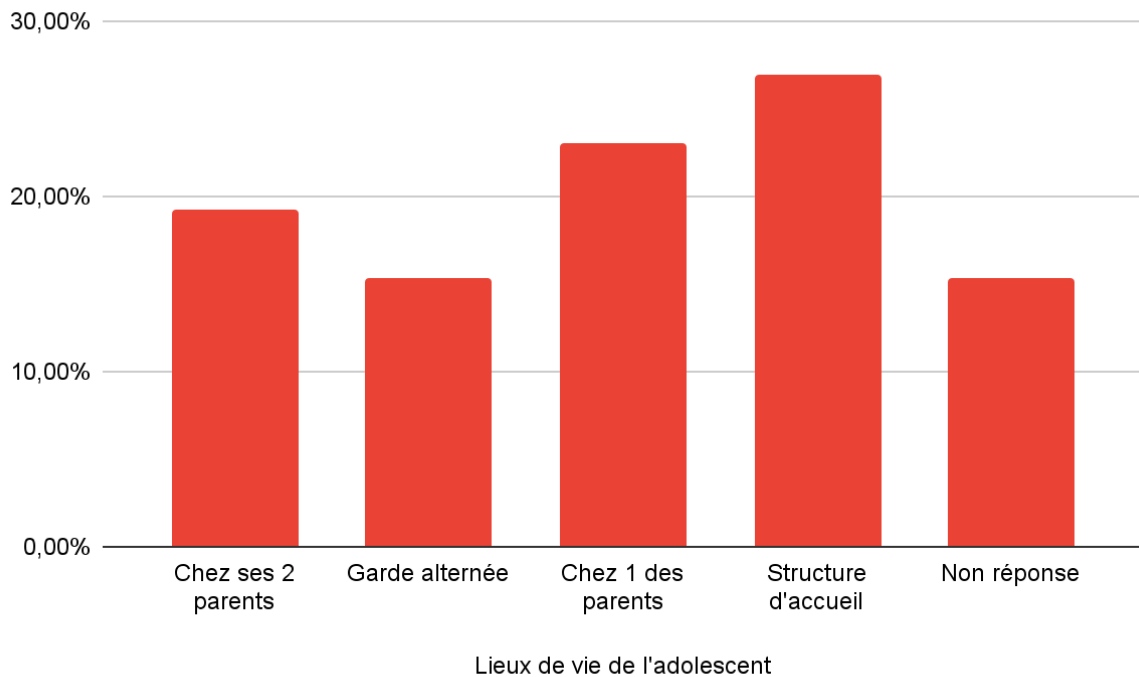


Figure 9 : Répartition des lieux de vie des adolescents maltraités pendant la période d'exposition à la violence

Types de maltraitance :

Il faut noter que seulement 16 des 26 questionnaires d'enfants maltraités avaient une réponse à cette question, soit un total 38,46% des données sont manquantes.

La violence psychologique est la maltraitance la plus fréquemment déclarée. 14 adolescents ont déclaré avoir été exposés à des violences psychologiques, soit 53,85% des interrogés. Puis, ce sont les violences physiques et la négligence affective qui ont été secondairement déclarées le plus fréquemment avec 10 enfants exposés, soit 38,46% des adolescents interrogés.

7 jeunes ont déclaré avoir été exposés à des négligences de besoin et 5 à des négligences de protection, soit respectivement 26,92% et 19,23% des adolescents interrogés. Les négligences de soins ont été déclarées pour 2 adolescents soit 7,69% des interrogés.

Les abus sexuels ont été peu déclarés, seulement pour 4 adolescents soit 15,38% des interrogés. A noter que pour les 4 adolescents ayant déclaré avoir été exposés à des violences sexuelles, ils ont tous déclaré une exposition à un autre type de maltraitance.

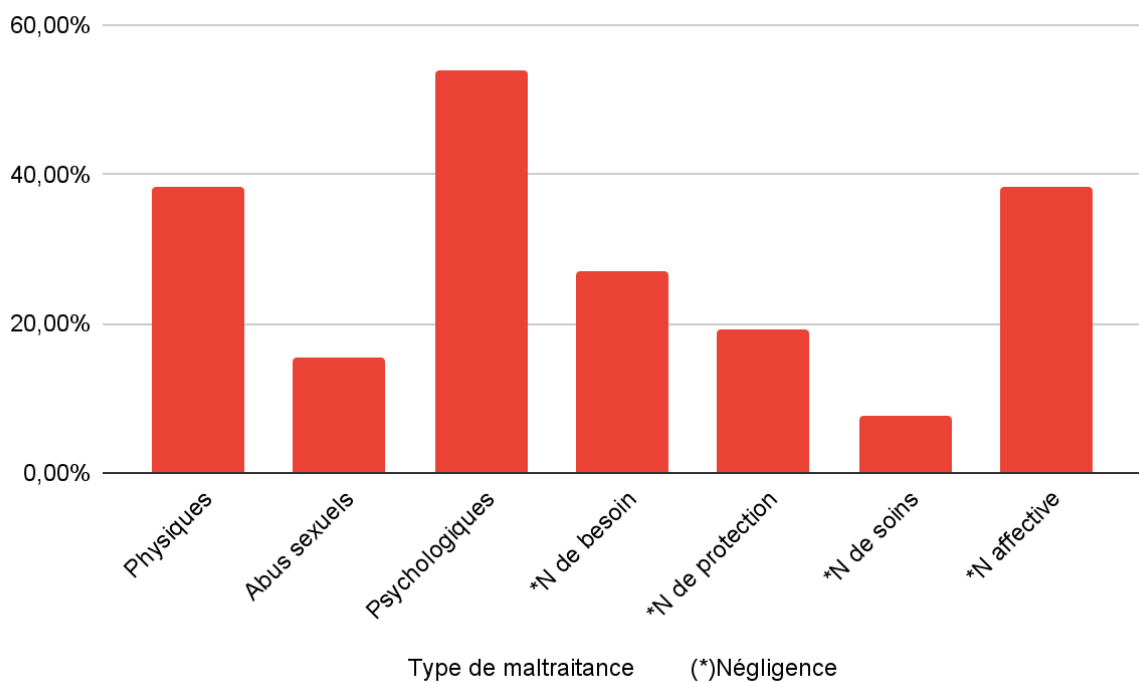


Figure 10 : Types de maltraitances subies par l'adolescent du groupe enfants maltraités

Délai entre l'exposition à la maltraitance et la réalisation du test :

Des 26 adolescents interrogés, aucun n'a déclaré que la maltraitance s'est arrêtée avant l'âge de 7 ans. A noter que la réponse à cette question est manquante pour 10 répondants, soit 38,46% des interrogés.

Pour 14 des adolescents maltraités, l'exposition aux violences s'est arrêtée après l'âge de 7 ans, soit pour 53,85% des interrogés.

2 ont déclaré être toujours exposés à de la maltraitance, soit pour 7,69% des interrogés.

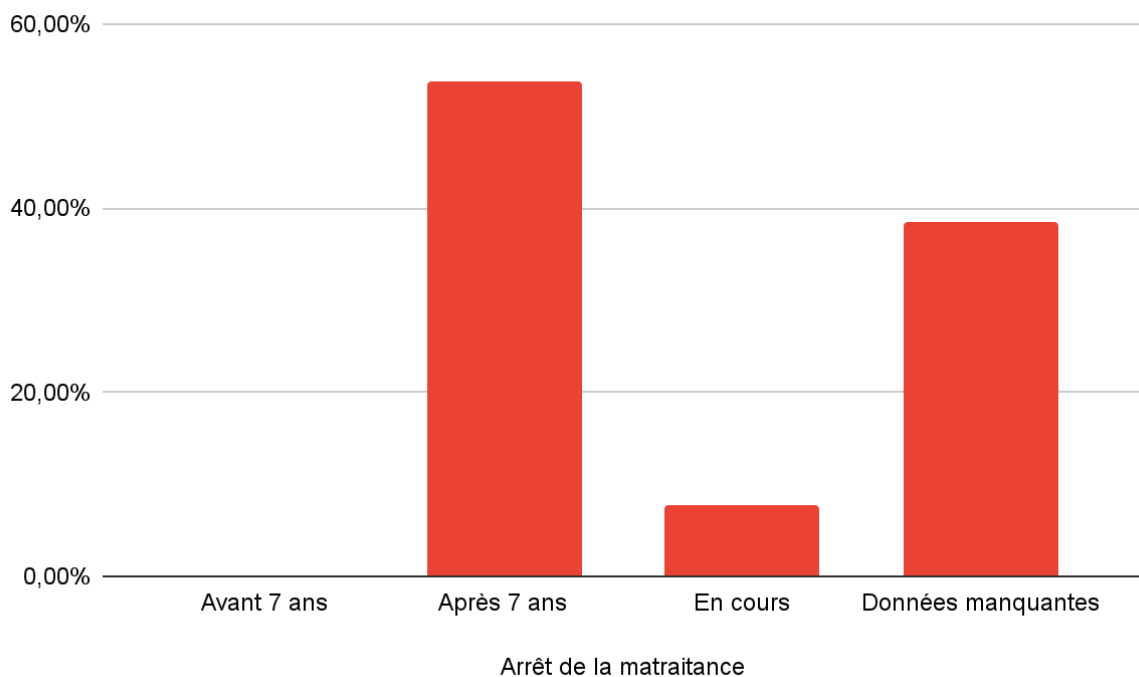


Figure 11 : Âge d'arrêt de l'exposition aux violences chez les adolescents du groupe enfants maltraités

Annexe 15 : Analyse descriptive des réponses au PRSI selon le groupe

Le Petit déjeuner :

Sur l'ensemble de la population, la majorité des jeunes interrogés, soit 61,29% d'entre eux déclarent ne pas souvent prendre le petit-déjeuner en compagnie d'un de leur parent contrairement à 38,71% qui le prennent souvent.

Dans le groupe des enfants non maltraités, autant d'adolescents déclarent prendre ou ne pas prendre souvent leur petit déjeuner avec un de leur parent, soit 50% des adolescents du groupe.

Dans le groupe des enfants maltraités, il existe une différence notable sur la réponse à la question du petit déjeuner. 20 adolescents exposés à de la maltraitance ont déclaré ne pas souvent prendre leur petit déjeuner accompagnés d'un de leur parent contre 6 qui le font régulièrement, soit respectivement 76,92% et 23,08% du groupe interrogé.

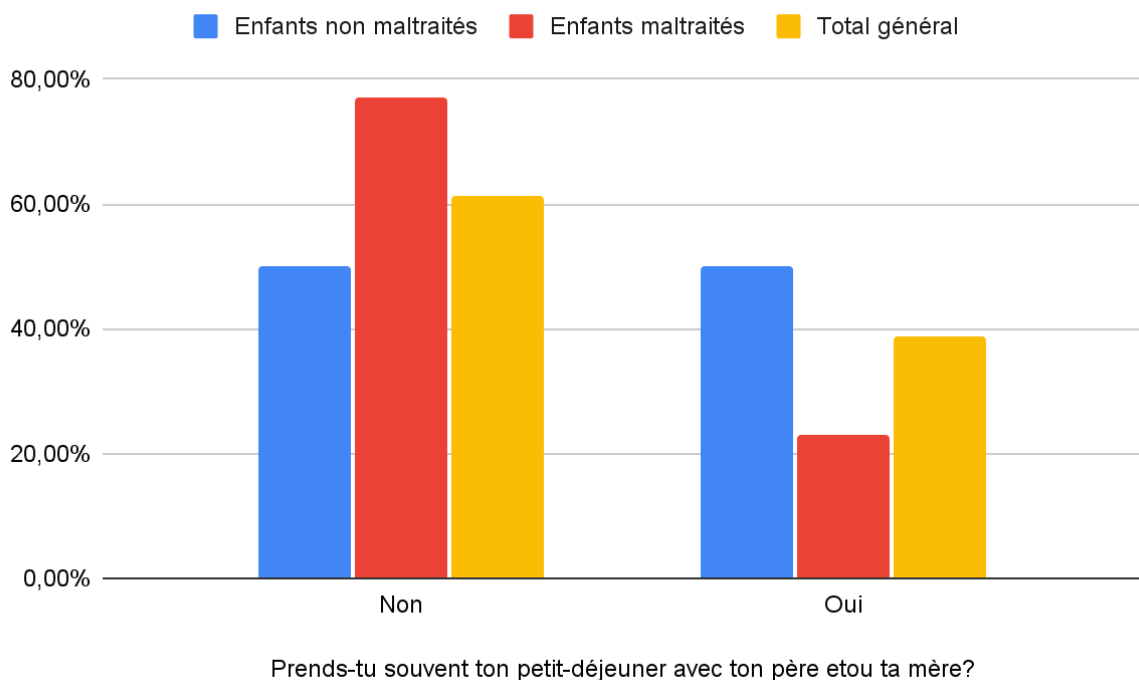


Figure 12 : Réponse à la question du petit déjeuner en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Le régime :

Concernant la réponse sur le régime, la majorité des adolescents interrogés ont déclaré n'avoir aucune action visant à réduire leur poids, soit 87,10% de la totalité des adolescents.

Dans le groupe des enfants non maltraités, seulement 1 adolescent a déclaré faire un régime ou autre chose pour perdre du poids. 97,22% des jeunes non maltraités ne font pas de régime alimentaire ou autre action visant à diminuer leur poids.

Dans le groupe enfants maltraités, 7 adolescents ont déclaré faire une action pour chercher à perdre du poids, soit 26,92% des répondants du groupe. 19 ont déclaré ne pas faire de régime ou autre chose pour chercher à perdre du poids, soit 73,08% des adolescents du groupe des enfants maltraités.

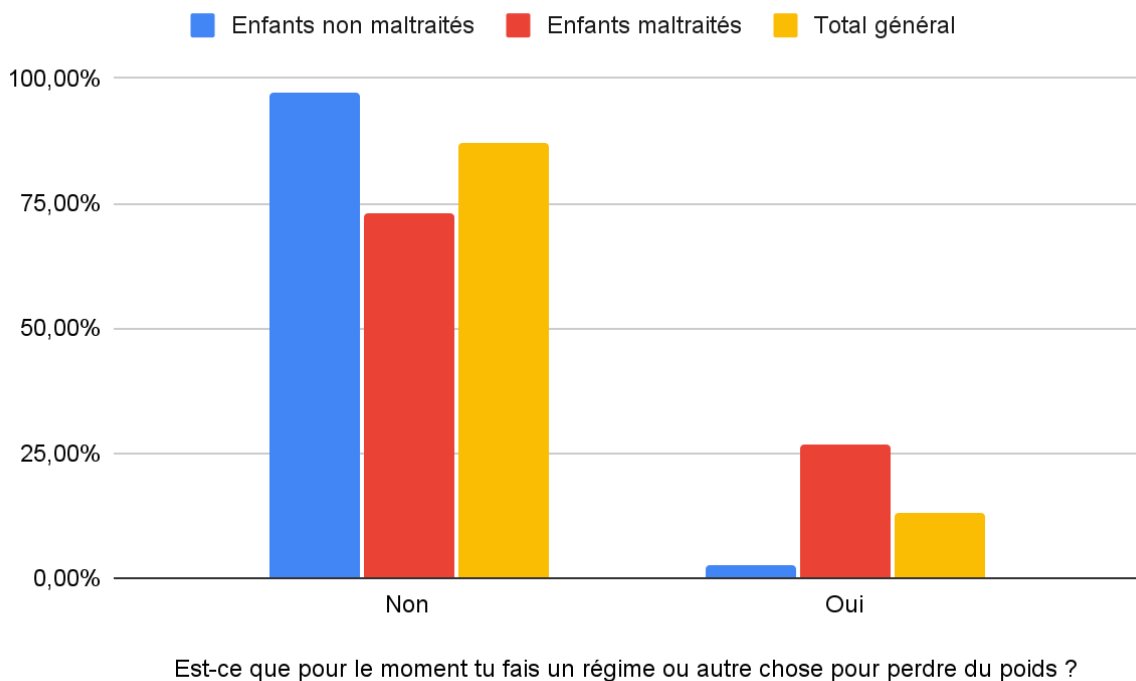


Figure 13 : Réponse à la question sur le régime en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

La sexualité :

Concernant la question sur la sexualité, la majorité des adolescents déclare ne pas parler de sexualité avec leurs parents, soit 64,52% des adolescents interrogés.

Dans le groupe des enfants non maltraités, 17 adolescents ont déjà parlé de sexualité avec leurs parents, soit 47,22% des adolescents du groupe contre 19 qui ne parlent pas de sexualité avec leurs parents, soit 52,78% des adolescents du groupe.

Dans le groupe des enfants maltraités, 10 adolescents ont déjà parlé de sexualité avec leurs parents, soit 38,46% contre 16 qui n'abordent pas le sujet, soit 61,54% de la population du groupe.

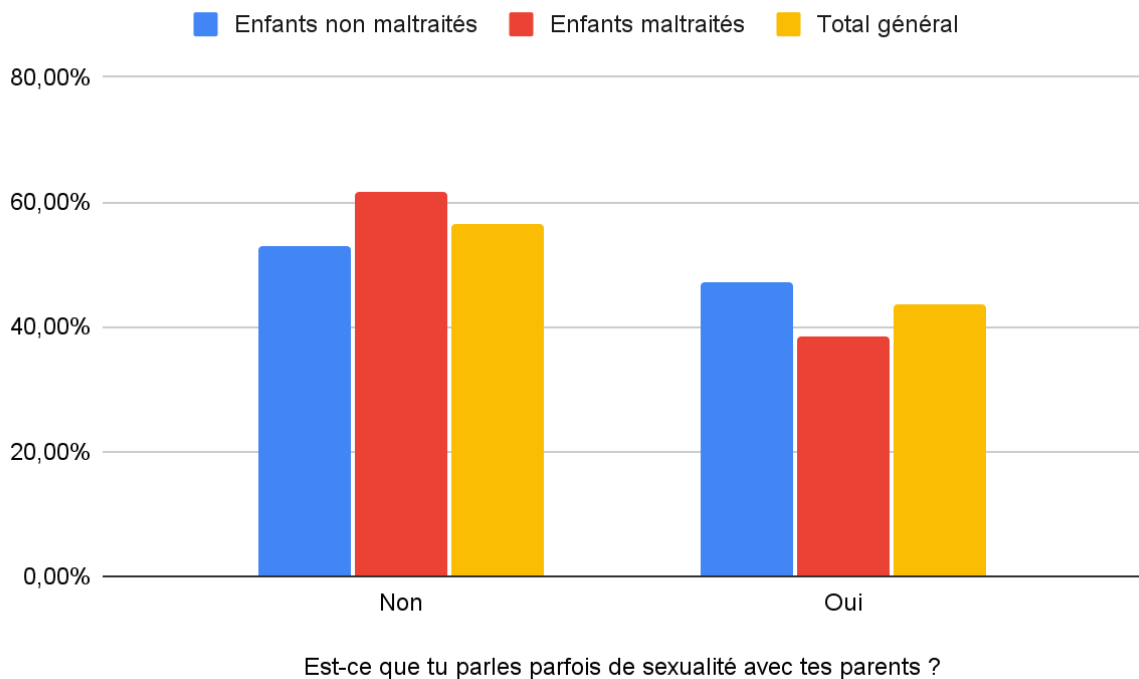


Figure 14 : Réponse à la question de la sexualité en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Les injures :

Concernant les injures, 22 adolescents ont déclaré que des membres de leur famille peuvent leur dire des choses blessantes, soit 35,48% des adolescents interrogés.

Dans le groupe des enfants non maltraités, seulement 3 adolescents ont déclaré recevoir parfois des injures de leur famille, soit 8,33% des adolescents du groupe. La majorité du groupe, soit 91,67% des adolescents interrogés dans le groupe des enfants non maltraités ne reçoivent pas de dires blessants de la part d'un membre de leur famille.

Dans le groupe des enfants maltraités, la majorité soit 19 adolescents ont déclaré avoir déjà reçu des injures de la part d'un membre de la famille, soit 73,08% des interrogés. Et 26,92% n'ont pas reçu d'injure de la part d'un membre de la famille au sein du groupe des enfants maltraités.

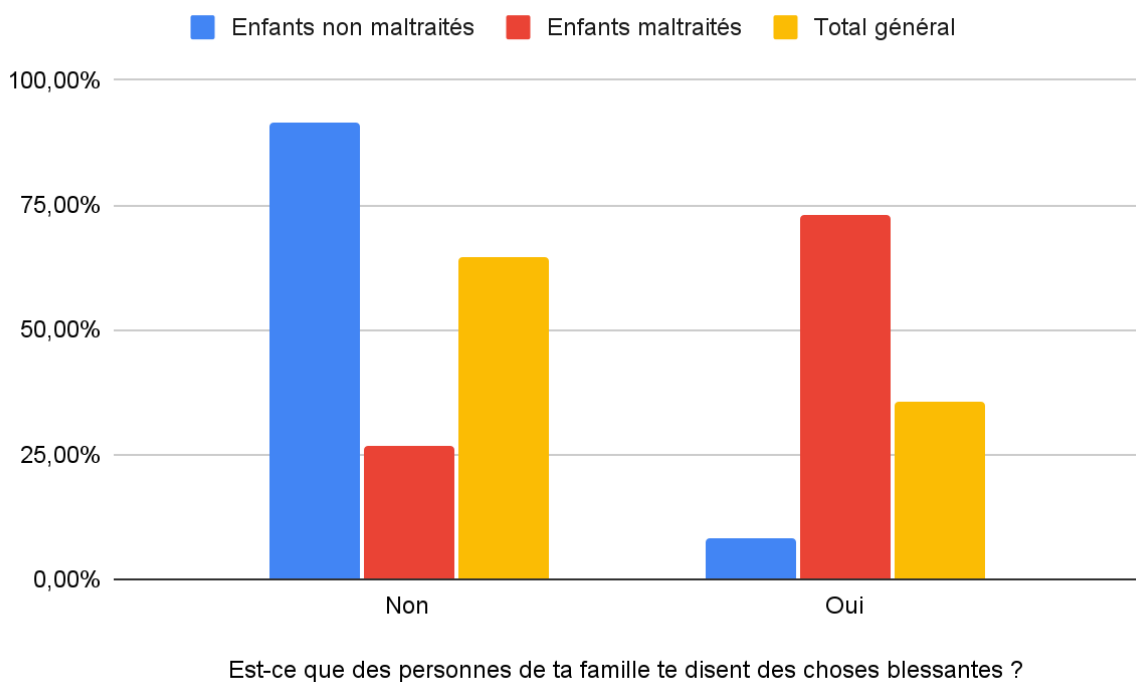


Figure 15 : Réponse à la question des injures en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Annexe 16 : Scores de positivité du PRSI selon le degré de pondération

Les tableaux 8 à 11 montrent que lorsqu'on réalise une pondération en 2 ou 3 points, le l'intervalle interquartile 3 du groupe des enfants non maltraités est égale à l'intervalle interquartile 1 du groupe des enfants maltraités. Malgré des scores au questionnaire significativement différents entre les deux groupes quel que soit le degré de pondération, il est difficile de conclure à un seuil de positivité avec ces deux analyses.

Tableau 8 : Calcul du score du PRSI proposé selon une pondération en 2 points

	OUI	NON
Petit-déjeuner	0	1
Régime	2	0
Sexualité	0	1
Injures	2	0

Tableau 9 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 2 points

	Non maltraités N = 36	Maltraités N = 26	Total N = 62	Analyse statistique
Score PRSI, médiane (Q1 - Q3)*	1,00 (1,00-2,00)	4,00 (2,00-4,00)	2,00 (1,00-3,00)	p < 0,001**

* Q1 = Premier quartile Q3 = Troisième quartile ** test de Mann Whitney

Tableau 10 : Calcul du score du PRSI proposé selon une pondération en 3 points

	OUI	NON
Petit-déjeuner	0	1
Régime	2	0
Sexualité	0	1
Injures	3	0

Tableau 11 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 3 points

	Non maltraités N = 36	Maltraités N = 26	Total N = 62	Analyse statistique
Score PRSI, médiane (Q1 - Q3)*	1,00 (1,00-3,00)	6,00 (3,00-6,00)	3,00 (1,00-5,00)	p < 0,001**

* Q1 = Premier quartile Q3 = Troisième quartile ** test de Mann Whitney

Annexe 17 : Analyses en sous-groupe

Réponses au PRSI en fonction du sexe :

Le tableau 12 regroupe les résultats au questionnaire du PRSI selon le sexe de l'adolescent. On ne note pas de différence significative entre les réponses des garçons et des filles pour la question sur le petit-déjeuner ou celle sur le régime alimentaire.

Cependant, il existe une différence significative de réponse concernant la question sur la sexualité ($p=0,015$). Les garçons ont majoritairement déclaré ne pas parler de sexualité avec leurs parents pour 69,44% d'entre eux alors que les filles ont majoritairement déclaré parler de sexualité avec leurs parents pour 61,54% d'entre elles .

Concernant les injures, on ne note pas de différence de réponse chez les filles. 50% d'entre elles ont déclaré recevoir des choses blessantes de la part d'un membre de leur famille. Chez les garçons, les résultats de l'étude montrent une différence de réponse. 75% d'entre eux ont déclaré ne pas recevoir d'injure de la part d'un membre de leur famille contre 25% ont déclaré en recevoir. Les filles déclarent majoritairement et de façon significative recevoir plus d'insultes que les garçons ($p=0,042$).

Tableau 12 : Réponses aux questionnaires PRSI selon le sexe des adolescents

Réponse, n (%)	Femme N = 26		Homme N = 36		Total N = 62		Analyse statistique
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Petit-déjeuner	7 (26,92%)	19 (73,08%)	17 (47,22%)	19 (52,78%)	24 (38,71%)	38 (61,29%)	$p = 0,11^*$
Régime	5 (19,23%)	21 (80,77%)	3 (8,33%)	33 (91,67%)	8 (12,90%)	54 (87,10%)	$p = 0,26^{**}$
Sexualité	16 (61,54%)	10 (38,46%)	11 (30,56%)	25 (69,44%)	27 (43,55%)	35 (56,45%)	$p = 0,015^*$
Injures	13 (50,00%)	13 (50,00%)	9 (25,00%)	27 (75,00%)	22 (35,48%)	40 (64,52%)	$p = 0,042^*$

* test du chi2 ** test de fisher

Réponses au PRSI en fonction de l'âge des adolescents :

Afin d'augmenter les effectifs de chacun des groupes d'âge, il a été décidé de regrouper les âges en trois catégories :

- les collégiens sont représentés par les 13-14 ans
- les jeunes lycéens sont représentés par les 15-16 ans
- les jeunes adultes sont représentés par les 17-18 ans

Comme le montre le tableau 13, cette étude n'a pas mis en évidence de différence de réponse au PRSI en fonction des différentes catégories d'âge.

Tableau 13 : Réponses aux questionnaires PRSI selon la catégorie d'âge des adolescents

Réponse, n (%)	13-14 ans N = 14		15-16 ans N = 32		17-18 ans N = 16		Total N = 62		Analyse statistique
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Petit-déjeuner	5 (35,71%)	9 (64,29%)	14 (43,75%)	18 (56,25%)	5 (31,25%)	11 (68,75%)	24 (38,71%)	38 (61,29%)	p = 0,68*
Régime	2 (14,29%)	12 (85,71%)	3 (9,38%)	29 (90,63%)	3 (18,75%)	13 (81,25%)	8 (12,90%)	54 (87,10%)	p = 0,61**
Sexualité	7 (50,00%)	7 (50,00%)	11 (34,38%)	21 (65,63%)	9 (56,25%)	7 (43,75%)	27 (43,55%)	35 (56,45%)	p = 0,30*
Injures	6 (42,86%)	8 (57,14%)	9 (28,13%)	23 (71,88%)	7 (43,75%)	9 (56,25%)	22 (35,48%)	40 (64,52%)	p = 0,47**

* test du χ^2 ** test de Fisher

9. INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme des flux

Figure 2 : Nombre de réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance par questionnaire selon le groupe

Figure 3 : Détail des réponses au PRSI en faveur d'une exposition à de la maltraitance en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 4 : Calcul du score du PRSI pour chacun des questionnaires selon le groupe des enfants maltraités ou non maltraités

Figure 5 : Répartition de l'âge des adolescents en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 6 : Répartition du sexe des adolescents en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 7 : Répartition des catégories socioprofessionnelles des parents de l'adolescent en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 8 : Répartition des lieux de vie des adolescents au moment de la réalisation du questionnaire en fonction du groupe maltraités ou non maltraités

Figure 9 : Répartition des lieux de vie des adolescents maltraités pendant la période d'exposition à la violence

Figure 10 : Types de maltraitances subies par l'adolescent du groupe enfants maltraités

Figure 11 : Âge d'arrêt de l'exposition aux violences chez les adolescents du groupe enfants maltraités

Figure 12 : Réponse à la question du petit déjeuner en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 13 : Réponse à la question sur le régime en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 14 : Réponse à la question de la sexualité en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

Figure 15 : Réponse à la question des injures en fonction du groupe enfants maltraités ou non maltraités

10. INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

Tableau 2 : Données recueillies uniquement dans le groupe des enfants maltraités

Tableau 3 : Type de maltraitance déclaré comme présent pendant la période d'exposition à de la maltraitance

Tableau 4 : Réponses aux questions du PRSI selon le groupe des enfants maltraités ou non

Tableau 5 : Nombre de réponse en faveur de maltraitance par questionnaire entre le groupe des enfants maltraités et celui des non maltraités

Tableau 6 : Calcul du score du PRSI proposé selon la pondération de chacune des questions

Tableau 7 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 4 points

Tableau 8 : Calcul du score du PRSI proposé selon une pondération en 2 points

Tableau 9 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 2 points

Tableau 10 : Calcul du score du PRSI proposé selon une pondération en 3 points

Tableau 11 : Score de positivité du PRSI selon une pondération en 3 points

Tableau 12 : Réponses aux questionnaires PRSI selon le sexe des adolescents

Tableau 13 : Réponses aux questionnaires PRSI selon la catégorie d'âge des adolescents

AUTEUR : Charlotte VIGIER

TITRE : LE PRSI : EVALUATION D'UN NOUVEL OUTIL DE REPÉRAGE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

DIRECTEURS DE THÈSE : Docteur BELOT Elodie - Professeur POUTRAIN Jean-christophe

TOULOUSE, le 20 septembre 2022

Introduction : La maltraitance infantile est un problème de santé publique. Le PRSI est un questionnaire récemment créé dans le but de faciliter le repérage de la maltraitance infantile en médecine générale. L'objectif principal de cette étude est de contribuer à déterminer le seuil de positivité du PRSI. L'objectif secondaire est d'évaluer sa pertinence dans le repérage de la maltraitance infantile.

Méthode : Étude observationnelle, transversale, rétrospective dans la région de Midi-Pyrénées de Février 2021 à Mai 2022. Les réponses au PRSI sont évaluées et comparées entre deux groupes : les adolescents de 13 à 18 ans étant ou ayant été exposés à de la maltraitance infantile et les adolescents du même âge non maltraités.

Résultats : 26 questionnaires d'enfants maltraités et 36 questionnaires d'enfants non maltraités sont inclus. Les analyses ont permis de proposer le calcul d'un score de positivité au questionnaire du PRSI. Selon cette étude, un score au PRSI supérieur ou égal à 3 peut faire suspecter une maltraitance. Les réponses au questionnaire sont significativement différentes entre les adolescents maltraités et non maltraités ($p < 0,001$).

Conclusion : Le PRSI est un nouvel outil prometteur dans le repérage de la maltraitance infantile en médecine générale.

Mots clés : Maltraitance infantile - Repérage maltraitance infantile - Médecine générale

Title : THE PRSI : Evaluation of a new tool for detecting child abuse in general practice.

Introduction : The Child abuse is a public health problem. The PRSI is a recently created tool which aims at improving the screening of child abuse in general practice. The primary objective of this study is to help determine the PRSI positivity score. The secondary objective is to assess its relevance in identifying child abuse.

Method : This is a retrospective, observational study conducted in Midi-Pyrénées department between February 2021 and May 2022. PRSI responses are assessed and compared between two groups : adolescent aged from 13 to 18 who are or have been exposed to child abuse and adolescents of the same age with no history of abuse.

Results : 26 questionnaires of abused children and 36 questionnaires of non-abused children are included. The analyses made it possible to propose a calculation of the positivity score for the PRSI questionnaire. According to this study, a PRSI score greater than or equal to 3 may raise suspicion of child abuse. Abused adolescents have a significantly different PRSI test score than non-abused adolescents ($p < 0,001$).

Conclusion : The PRSI is a promising new tool for detection of child abuse in primary care.

Keywords : Child abuse - Child abuse screening tool - General medicine

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France