



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Faculté de médecine Toulouse Rangueil  
Enseignement des techniques de réadaptation

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

**Certificat de Capacité d'Orthophoniste**

**La maltraitance infantile : étude exploratoire du besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral.**

par **Clémentine Tournier**

Sous la direction de :

**Flore Amposta-Brunel**

**Irène Delort-Albrespit**

Composition du jury :

**Florence Liaunet**

**Julie Gornès**

juin 2023

# REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail :

Flore Amposta-Brunel et Irène Delort-Albrespit, mes encadrantes, qui ont accepté d'encadrer leur premier mémoire et qui m'ont accompagnée avec beaucoup de bienveillance tout au long de cette année. Merci pour vos relectures, vos conseils et vos encouragements.

Amandine Charrière et Manon Dorbe qui ont également participé aux relectures, qui m'ont soutenue et conseillée.

Lola Danet, Vincent Détienne, Muriel Gabas et Muriel Mescam, enseignant·e·s<sup>1</sup> référent·e·s, qui ont pris le temps de me conseiller individuellement et qui m'ont apporté leur expertise méthodologique.

Patricia Desclaux pour son aide dans le cadre de mes demandes de Prêt entre Bibliothèques et, plus largement, le personnel des Bibliothèques de l'UT3 pour leur disponibilité et leur réactivité.

Les membres du jury, Florence Liaunet et Julie Gornès, pour leur lecture attentive.

Kathleen Donzel, Sandrine Fedyniak, Frédérique Humery et Isabelle Vera-Santafé pour avoir participé à la phase de pré-test de mon questionnaire.

Les orthophonistes qui ont répondu à mon questionnaire et qui ont participé à sa diffusion.

Alice Arger qui a pris le temps de s'entretenir avec moi afin de m'éclairer sur le repérage et la prise en charge des enfants en danger au sein des structures de soin ainsi que sur la place de l'assistant·e social·e et de l'orthophoniste dans ces situations.

Emmanuelle Austry et Zoé de la Loge d'Ausson qui ont accepté de m'envoyer leur mémoire.

Frédérique Humery et Margaux Neveu, maîtresses de stage de dernière année, qui m'ont conseillée, guidée et inspirée.

Julie Garcès et Lola Binesse, mes marraines, pour leurs réponses bienveillantes et motivantes.

Agathe, Coline, Fanny, Gloria, Marianne, Mélanie, Nadia, Océane et Samantha pour leur soutien.

Enfin, merci à Asmaa, Clara et Luna sans qui ces cinq années n'auraient pas eu la même saveur.

---

<sup>1</sup> Ce mémoire a été rédigé en écriture inclusive avec l'utilisation du point médian ainsi que des pronoms iel, elleux et celleux.

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	1
TABLE DES MATIÈRES .....	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	4
TABLE DES ABRÉVIATIONS .....	5
INTRODUCTION .....	6
CONTEXTE THÉORIQUE .....	7
<b>1. Maltraitance infantile .....</b>	<b>7</b>
1.a. Définitions .....	7
1.b. Historique .....	8
1.c. Formes de maltraitance infantile .....	8
1.c.1. Maltraitance physique .....	9
1.c.2. Violence sexuelle .....	9
1.c.3. Maltraitance psychologique .....	10
1.c.4. Négligence .....	10
1.c.5. Exposition à la violence conjugale .....	11
1.d. Chiffres .....	12
1.d.1. Difficultés d'estimation .....	12
1.d.2. Quelques chiffres .....	12
1.e. Facteurs de risque .....	13
1.f. Auteur·e·s de maltraitance infantile .....	13
1.g. Répercussions de la maltraitance infantile .....	14
1.g.1. Répercussions physiques .....	14
1.g.2. Répercussions cognitives et psychologiques .....	15
1.h. Signes observables .....	16
1.i. Contexte sociétal .....	18
1.i.1. Évolution des mentalités .....	18
1.i.1. Failles du système de protection de l'enfance .....	19
<b>2. Soignant·e·s et maltraitance infantile .....</b>	<b>20</b>
2.a. Recommandations .....	20
2.b. Difficultés .....	22
2.c. Zoom sur l'orthophonie .....	23
2.c.1. Identité professionnelle .....	23
2.c.2. Démographie .....	24
2.c.3. Spécificités dans le repérage des violences .....	24

2.c.4. Orthophonie et maltraitance.....	25
<b>3. Problématique et hypothèses .....</b>	<b>27</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>28</b>
1. Choix de la population cible .....	28
2. Choix de la méthode.....	29
3. Conception du questionnaire .....	29
3.a. Choix de la plateforme .....	29
3.b. Consentement et recueil des données.....	30
3.c. Structure du questionnaire.....	30
3.d. Formulation des questions et modalités de réponse.....	30
3.e. Pré-test .....	32
3.f. Diffusion du questionnaire.....	32
4. Choix de méthode de traitement des données.....	32
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>33</b>
1. Profil des répondant·e·s .....	33
2. Hypothèse H1 .....	35
2.a. Connaissance des formes de maltraitance (H1.a).....	35
2.b. Connaissance des signes observables (H1.b) .....	37
3. Hypothèse H2 .....	39
3.a. Démarches d’actualisation des connaissances (H2.a).....	39
3.b. Sentiment d’incapacité à repérer et réagir (H2.b) .....	40
4. Dimension exploratoire .....	40
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>43</b>
1. Retour sur les hypothèses .....	43
1.a. Hypothèse H1 .....	43
1.b. Hypothèse H2 .....	45
2. Biais et limites de l’étude .....	47
3. Perspectives.....	49
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>103</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## *Figures*

Figure 1 : Répartition des régions d'exercice des répondant·e·s .....	34
Figure 2 : Répartition des années d'obtention du diplôme des répondant·e·s .....	34
Figure 3 : Répartition des CFUO des répondant·e·s .....	34
Figure 4 : Répartition des âges des patient·e·s mineur·e·s dans les patientèles .....	35
Figure 5 : Autoévaluation des connaissances des signes de maltraitance chez l'enfant .....	37
Figure 6 : Signes de maltraitance infantile chez l'enfant connus par les répondant·e·s.....	38
Figure 7 : Signes de maltraitance infantile chez l'auteur·e connus par les répondant·e·s .....	38
Figure 8 : Estimation de la proportion d'actes de maltraitance dans le cadre intrafamilial .....	41
Figure 9 : Préférences en termes de supports d'actualisation des connaissances .....	41

## *Tableaux*

Tableau 1 : Proportion de répondant·e·s ayant cité chaque forme de maltraitance infantile .....	36
Tableau 2 : Recherches entreprises par les participant·e·s sur la maltraitance infantile .....	39
Tableau 3 : Répartition des modalités de recherche utilisées en fonction du thème .....	39

# TABLE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Adverse Childhood Experience (Expériences néfastes vécues dans l'enfance)

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAT : Conduites À Tenir

CFUO : Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

CMPEA : Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

GIPED : Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Information Préoccupante

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

UNAPL : Union Nationale des Professions Libérales

UNIL : Université de Lausanne

VC : Violences Conjugales

VEO : Violences Éducatives Ordinaires

VIF : Violences Intrafamiliales

VSS : Violences Sexistes et Sexuelles

# INTRODUCTION

La maltraitance infantile est un enjeu de santé publique de grande ampleur (OMS, 2022) dont 10 % des enfants en France seraient victimes (Tursz, 2013b). Parmi eux, un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours (Ministère des Solidarités et de la Santé et al., 2018). Même si les droits des enfants sont de plus en plus reconnus (Chollet, 2022), le repérage de la violence est complexe et il demeure une grande méconnaissance à son sujet (Tursz, 2015).

De nos jours, le rôle des soignant·e·s dans le repérage et la protection de ces enfants est établi (HAS, 2017). Néanmoins, seulement 2 à 5% des signalements de maltraitance proviennent du corps médical (HAS, 2014b). Dès lors, plusieurs études sur le manque de connaissances des soignant·e·s ainsi que sur leurs difficultés sont menées (HAS, 2014a) mais aucune ne se penche précisément sur la question des orthophonistes. C'est pour cela que nous souhaitons orienter nos recherches sur leurs besoins en ce qui concerne la maltraitance infantile. Par ailleurs, leur patientèle est majoritairement constituée d'enfants (ONDPS, 2011) et iels détiennent des compétences propices au repérage des violences. De plus, les professionnel·le·s exerçant en libéral, qui représentent une part importante du paysage professionnel orthophonique, sont particulièrement démuni·e·s face à la maltraitance infantile (UNAPL, 2021).

Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire est d'étudier les connaissances des orthophonistes exerçant en libéral sur la maltraitance infantile.

En nous basant sur nos recherches ainsi que sur l'étude des connaissances des médecins (Gréco, 2013), nous supposons qu'il existe un besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes libéraux·ales sur la maltraitance infantile. Nous supposons également qu'iels perçoivent ce besoin. Afin de vérifier ces hypothèses, nous avons construit un questionnaire adressé aux orthophonistes libéraux·ales, les interrogeant sur différents aspects de la maltraitance infantile.

Nous présenterons notre réflexion théorique sur la maltraitance infantile ainsi que sur le rôle des soignant·e·s, dont les orthophonistes semblent se distinguer, avant de préciser nos hypothèses. Puis, nous exposerons la méthodologie choisie pour répondre aux hypothèses. Enfin, nous dévoilerons les résultats obtenus et les discuterons avant de conclure ce mémoire en évoquant ses apports ainsi que ses perspectives d'ouverture.

# CONTEXTE THÉORIQUE

## 1. Maltraitance infantile

### 1.a. Définitions

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2022) définit la maltraitance infantile comme « les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. [...] toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes ».

L'Observatoire national de l'Action sociale (ODAS) (2015) entend l'enfant maltraité comme un « enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». On distingue l'enfant maltraité de l'enfant à risque, ces deux notions formant celle d'enfant en danger. L'enfant à risque évolue dans des conditions qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais ne subit pas les actes de maltraitance évoqués précédemment (ODAS, 2015).

La loi française établit cette définition : « Art. L. 119-1.-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. » (LOI n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (1), 2022).

Les actes de maltraitance sont souvent des faits qui se cumulent ou se répètent, entraînant parfois la mort de l'enfant. On parle d'infanticide s'il s'agit de l'homicide d'un nouveau-né (Larousse, s. d.). On parle de filicide quand il s'agit de l'homicide d'un enfant par un ou plusieurs de ses parents (Dubé et al., 2004). Il existe aussi la maltraitance périnatale (Sutter-Dallay, 2019).

## 1.b. Historique

Rey-Salmon (2013, p. 1) dit que « violences et négligences à enfants ont toujours existé, sous toutes les latitudes, de tout temps, et de nombreuses victimes jalonnent l'histoire de notre civilisation ». Il a fallu du temps à notre société avant de reconnaître l'existence de la maltraitance infantile, pour plusieurs raisons. D'abord, l'enfant a longtemps été considéré comme « un être inachevé et inférieur, soumis aux droits illimités de la puissance paternelle » (Rey-Salmon, 2013, p. 1).

Au XVII<sup>e</sup> siècle, la perception de l'enfant a changé grâce à l'évolution des mœurs de l'Eglise et de l'Etat. Il bénéficie alors d'attention. Le taux de mortalité infantile de l'époque ainsi que la part élevée de causes infectieuses par rapport à celle de mauvais traitements expliquent en partie pourquoi ce sujet a mis du temps à émerger. Par ailleurs, le déni des actes de violence perpétrés par des parents a également participé à la mise sous silence de ce problème (Rey-Salmon, 2013).

C'est à partir de 1860 que les premiers travaux de médecine légale sur les mauvais traitements émergent en France, avec Tardieu puis Lacassagne et Bernard. A partir de 1889, des textes de loi sont rédigés dans le but de protéger les enfants et de leur reconnaître des droits. Les travaux de médecine légale vont demander du temps, notamment à cause du déni profondément ancré dans les mœurs. Toutefois, les progrès en médecine permettent une meilleure connaissance des mauvais traitements. Dans les années 70, on décrit le syndrome du bébé secoué (SBS) et le syndrome de Münchhausen par procuration. En outre, ce n'est qu'à la fin des années 80 que le terme de maltraitance est reconnu. Il entre dans les textes de loi en 1989 avec l'article 19 de la Convention Internationale des droits de l'enfant (Rey-Salmon, 2013).

Depuis, les textes législatifs continuent d'évoluer. En 2007, la loi réformant la protection de l'enfance introduit l'Information Préoccupante (IP) et précise la notion d'enfance en danger (LOI n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, 2007). Depuis cette loi, les besoins fondamentaux de l'enfant sont placés au centre des débats sur la maltraitance. En France, depuis peu, on tient compte des violences conjugales (VC) dont l'enfant est également victime (Chollet, 2022). On parle aussi de violences intrafamiliales (VIF) qui comprennent les violences conjugales, la maltraitance infantile ainsi que l'ensemble des violences faites à tout autre membre de la famille.

## 1.c. Formes de maltraitance infantile

Il existe plusieurs formes de maltraitance infantile : les maltraitements physique, sexuelle, psychologique, la négligence et l'exposition aux violences conjugales. L'enfant victime de maltraitance peut subir plusieurs formes de violences de façon simultanée ou successive.

### 1.c.1. Maltraitance physique

L'OMS (2006) définit la maltraitance physique envers un enfant comme l'usage volontaire de la force physique entraînant ou risquant fortement d'entraîner un préjudice pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Plus précisément, il s'agit de « [...] tout usage délibéré et non accidentel de la force contre un enfant, de telle manière que l'enfant soit blessé ou risque de l'être : frapper (à la main ou avec un objet), battre, donner des coups de pied, de poing, mordre, brûler, empoisonner, faire suffoquer, étrangler, secouer, jeter, noyer, fabriquer des symptômes, induire délibérément une maladie » (Action enfance, s. d.). Cette définition inclut donc le syndrome de Münchhausen par procuration. Parmi les actes de maltraitance physique on compte également l'exploitation de l'enfant, pour la mendicité par exemple.

Ces actes peuvent être révélés par des séquelles physiques. Les lésions tégumentaires ou lésions de la peau comme les ecchymoses ou hématomes concernent plus de 90% des enfants maltraités (Tisseron et al., 2013). On peut aussi retrouver des traces de morsures ou de brûlures intentionnelles. Des lésions spécifiques peuvent être observées au niveau du cuir chevelu ou au niveau buccal et cervico-facial (Vazquez et al., 2013). Les lésions squelettiques ou fractures osseuses sont fréquentes et multiples. Certaines sont spécifiques à la maltraitance infantile (Panuel et al., 2013). L'association de certaines lésions osseuses correspond au syndrome de Silverman. Ensuite, les lésions du cerveau et de la moëlle, dont les traumatismes crâniens non accidentels, sont aussi décrites. Ces traumatismes sont retrouvés dans le SBS, en addition aux autres signes caractéristiques que sont les hémorragies sous-durales et rétiniennes (Adamsbaum et al., 2013). Les lésions viscérales sont également décrites, dont le traumatisme thoraco-abdominal qui est la deuxième cause de décès chez les enfants maltraités (Veyrac & Gauthier, 2013).

### 1.c.2. Violence sexuelle

Cette forme de maltraitance correspond à l'utilisation du corps d'un·e mineur·e à des fins sexuelles. Il s'agit du fait de « [...] forcer ou inciter un enfant à prendre part à des activités sexuelles, y compris la prostitution, que l'enfant ait conscience ou non de ce qui arrive. [...] Elles peuvent inclure des activités sans contact, comme le fait d'amener les enfants à regarder des activités sexuelles, à produire des images sexuelles ou à encourager les mineurs à avoir des comportements sexuels inadaptés » (Action enfance, s. d.). Dans le but de perpétrer certains de ces actes, l'enfant est parfois victime d'une soumission chimique administrée par l'auteur·e des violences (Sec, 2013). Bellaïche et al. (2013) décrivent les mutilations sexuelles. Nous utiliserons "violence sexuelle" et non "maltraitance" dans ce mémoire car il n'existe pas de "bienveillance sexuelle" envers les enfants.

Lorsque la violence sexuelle a lieu dans le cadre intrafamilial, on parle d'inceste. Les auteur-e-s de cette violence peuvent être « [...] un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait » (LOI n°2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux (1), 2010).

### 1.c.3. Maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique est définie comme l'atteinte à la dignité de l'enfant et à ses besoins psychologiques fondamentaux de sécurité, d'amour, de sentiment d'appartenance et d'estime de soi. Elle peut être causée par le sadisme ou la cruauté mentale de l'agresseur mais aussi par l'échec ou l'incapacité des parents à répondre aux besoins émotionnels de l'enfant et à assumer un rôle bienveillant et protecteur. Elle repose sur une attitude intentionnellement et/ou durablement hostile ou rejetante vis-à-vis de l'enfant (Leray & Vila, 2013). Les modes de communication de l'auteur-e des violences laissent parfois entrevoir les comportements maltraitants que sont le rejet, l'indifférence, la corruption, le terrorisme parental, l'isolement ou confinement et le dénigrement (Wekerle & Smith, 2019). De plus, quand l'auteur-e des violences est un des parents, il peut y avoir une forme d'emprise sur l'enfant (Daligand, 2021). Dans d'autres cas, il peut s'agir de harcèlement scolaire, par exemple (Leray & Vila, 2013).

L'ODAS (2015) évoque le fait que cette forme de maltraitance est plus difficile à définir que la maltraitance physique ou la violence sexuelle. Dès lors, son repérage est davantage compliqué. Il faut donc préciser le caractère de gravité des actes ainsi que leurs conséquences sur le développement de l'enfant. Il s'agit de décrire « [...] l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter » (ODAS, 2015). La HAS (2017) y inclut les insultes.

### 1.c.4. Négligence

La négligence correspond au fait que la personne responsable de l'enfant le prive d'éléments nécessaires à son développement et à son bien-être. Il s'agit de privations de nourriture, de sommeil, de soins ou d'attention. La négligence peut être involontaire mais elle représente toujours un danger pour l'enfant (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2018).

L'ODAS (2015) précise que cette forme de maltraitance infantile, comme la maltraitance psychologique, est difficile à définir et à repérer. Il faut donc en préciser la gravité. Dans la littérature, on rencontre souvent le terme négligence lourde. Celui-ci permet de caractériser le fait qu'il s'agit d'un défaut de réponse aux besoins de l'enfant régulier et important plutôt qu'un oubli occasionnel qu'on aurait tendance à banaliser. Par ailleurs, la prise en charge de cette forme de maltraitance infantile est spécifiquement inefficace (Martin-Blachais, 2017).

La littérature propose également le terme "carence" mais nous utiliserons "négligence" qui est utilisé dans les définitions sur lesquelles nous nous basons.

### 1.c.5. Exposition à la violence conjugale

Les violences conjugales sont des violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles, matérielles, économiques, au moyen de confiscation de documents et/ou cyber-violences exercées au sein d'une relation de couple, que la victime et l'auteur·e soient marié·e·s, concubin·e·s ou pacsé·e·s (Gouvernement, 2020). Les faits sont interdits et punis par la loi, même si la relation est terminée. La présence d'un·e mineur·e qui a assisté aux faits de violences constitue une circonstance aggravante (Gouvernement, 2020). Il est important de distinguer les conflits dans le couple des violences, pour lesquelles il existe un cycle spécifique (Sadlier, 2016) avec souvent une forme d'emprise (Daligand, 2021).

Salmona (2020) présente la violence conjugale comme « une violence sexiste de grande ampleur qui affecte les femmes de manière disproportionnée par rapport aux hommes, les femmes et les filles en sont les principales victimes. [...] Cette violence s'exerce dans le cadre d'un rapport de force et de domination, d'inégalités et de discriminations ». Elle précise que ces violences se répètent et se cumulent, qu'elles peuvent être de nature criminelle et mener au féminicide. En effet, 82 % des décès suite à des VC sont des femmes (Gouvernement, s. d.).

L'enfant est désormais considéré comme une covictime des VC, ce qui constitue une avancée importante pour ses droits (Chollet, 2022). L'enfant exposé subit de graves répercussions par le biais d'un traumatisme dit vicariant (Romano, 2021). Il y a plusieurs degrés d'exposition aux violences conjugales, allant du moment où l'enfant en entend parler au moment où il devient victime de violences physiques exercées sur lui-même ou sur le parent (Douieb & Coutanceau, 2016). De plus, l'enfant peut être à la fois exposé aux violences conjugales et victime d'actes de maltraitance de la part du même parent violent, ce serait le cas pour 40 à 60 % des enfants exposés aux violences conjugales (Protéger l'enfant, 2020). Parfois, l'enfant subit ces violences, pouvant mener à l'homicide, dans le but d'atteindre la mère victime de violences conjugales.

## 1.d. Chiffres

### 1.d.1. Difficultés d'estimation

Les chiffres de la maltraitance infantile sont difficiles à estimer de façon précise, ils sont donc sous-estimés (Tursz, 2015). Au niveau international, l'OMS (2022) déclare que ces difficultés d'estimation concernent de nombreux pays. Cela s'expliquerait par la complexité de la maltraitance et des méthodes de recherche employées. Plusieurs variations sont citées dont « la qualité des études fondées sur des informations fournies par les victimes elles-mêmes ou par les parents ou les personnes qui ont la charge de l'enfant » (OMS, 2022).

En France, Tursz (2015) décrit les potentielles raisons de cette sous-estimation. Il y a le défaut de repérage expliqué par un manque de formation sur les signes de la maltraitance infantile, quelle que soit la profession. Il y a aussi « l'insuffisance des investigations médicales, sociales et psychologiques, les diagnostics erronés (de causes accidentelles principalement), la non-révéléation des soupçons [...] » (Tursz, 2015). L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) et le Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger (GIPED) (2022) précisent que l'estimation reflète uniquement la partie visible de la maltraitance, délaissant donc les formes plus difficiles à repérer ainsi que les actes isolés et/ou de gravité modérée. Nous supposons que la reconnaissance récente du statut de covictime des violences conjugales retentit également sur la comptabilisation des actes de maltraitance infantile.

### 1.d.2. Quelques chiffres

Malgré les difficultés d'estimation, les chiffres dont on dispose montrent l'ampleur du problème de santé publique que représente la maltraitance infantile. Tursz (2013b) dit qu'il y aurait 10% des enfants, en France, victimes de violences physiques, d'agressions sexuelles, de négligences graves, d'abandon affectif ou d'humiliations. En 2020, 308 000 enfants sur la France hors Mayotte, soit 21,4 pour 1000 enfants, ont bénéficié du système de protection de l'enfance français (ONPE, 2022). De plus, le nombre de morts d'enfants dans un contexte de violences intrafamiliales est estimé à 72 par an en moyenne (Ministère des Solidarités et de la Santé et al., 2018).

Par ailleurs, l'ONPE et le GIPED (2022) citent les résultats d'une enquête de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) : « [...] en 2015, entre 17,6 % et 22,0 % des femmes, et entre 12,9 % et 18,0 % des hommes déclaraient avoir subi au moins une forme de violence physique, sexuelle ou psychologique dans un cadre familial ou l'environnement proche avant l'âge de 18 ans. »

L'enquête nous donne également un aperçu de la répartition des différentes formes de maltraitance infantile en France. Les violences physiques dans le cadre intrafamilial ou l'environnement proche concerneraient 7,5 % des enfants. Les violences sexuelles dans cet environnement concerneraient 4,6 % des filles et 0,7 % des garçons. Les violences psychologiques dans le cadre intrafamilial concerneraient 14,2 % des filles et 9,5 % des garçons. L'exposition à des violences conjugales concernerait entre 0,1 et 0,9 % des Français-e-s (ONPE & GIPED, 2022).

En 2019, le nombre de femmes entre 18 et 75 ans victimes de violences conjugales au cours de l'année était estimé à 213 000. De plus, le nombre de décès dans un contexte de VC au cours de l'année 2021 a été estimé à 159 personnes, dont 14 mineur-e-s (Gouvernement, s. d.).

En outre, les actes de négligence, dont la prévalence n'est pas chiffrée dans le rapport, seraient très fréquents mais trop peu souvent repérés (Martin-Blachais, 2017).

## 1.e. Facteurs de risque

La Haute Autorité de Santé (HAS) (2017) rapporte différents facteurs de risque de maltraitance infantile. Ces facteurs peuvent être isolés ou non. Chez l'enfant, il s'agirait de la prématurité, des troubles du développement et/ou du comportement et du handicap. De plus, le très jeune enfant est davantage vulnérable (Sylvestre et al., 2016). Chez les parents, les facteurs de risque correspondent à « tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né [...], des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, des violences conjugales, des addictions, l'isolement social et surtout moral, des troubles psychopathologiques » (HAS, 2017).

Tursz (2015) apporte des précisions sur les facteurs de risque et sur les idées reçues que l'on peut avoir. Elle rappelle que la maltraitance infantile touche toutes les classes sociales et qu'il n'y a pas de lien établi entre pauvreté et maltraitance. En réalité, « [...] les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La maltraitance traverse toutes les classes sociales et il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance » (Tursz, 2015).

## 1.f. Auteur·e·s de maltraitance infantile

Selon la HAS (2017), plus de 80% des actes de maltraitance infantile ont lieu dans le cadre intrafamilial. Ce sont surtout les parents qui sont évoqués comme auteur·e·s de violences.

Hors du cadre intrafamilial, les auteur-e-s d'actes de maltraitance infantile peuvent être des membres d'institutions ou des professionnels de la petite enfance (UNIL, s. d.). L'ONPE et le GIPED (2022) rapportent que les actes de violence physique seraient davantage commis par les parents, le père plus que la mère. Les actes de violence sexuelle, principalement incestueux, seraient commis le plus fréquemment par l'oncle (entre 16,3 et 20,2 % des cas) puis par un « homme proche de la famille » puis le père ou encore le beau-père.

## 1.g. Répercussions de la maltraitance infantile

Felitti et al. (1998) décrivent les Adverse Childhood Experiences (ACE). Il y a 10 ACE répertoriés : 3 formes de violences (physiques, psychologiques, et ou sexuelles), une exposition à des violences conjugales, 2 formes de négligences (physiques et émotionnelles) et 4 autres situations traumatiques intra-familiales. Il existe un lien puissant entre la santé physique et mentale à l'âge adulte et les ACE subis dans l'enfance. De plus, avoir subi dans l'enfance au moins 4 de ces ACE constituerait la principale cause de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte. S'il y a 5 ACE, l'espérance de vie peut diminuer de 20 ans. Dès lors, les ACE représentent le déterminant de santé principal 50 ans après les violences (Felitti et al., 1998).

### 1.g.1. Répercussions physiques

L'OMS (2022) souligne que la maltraitance infantile a des répercussions à court terme sur la santé physique des enfants. Il s'agit des séquelles évoquées précédemment comme les hématomes ou les fractures. En outre, les actes de violences mènent parfois à l'homicide. Ils constituent d'ailleurs une des causes de la mort inattendue du nourrisson (MIN) (Santé Publique France, 2022).

A long terme, l'enfant peut subir les conséquences des différents traumatismes physiques mais aussi des handicaps lourds provoqués par certains actes de maltraitance, surtout chez les jeunes enfants (OMS, 2022). En outre, la consommation de toxiques, tabac et/ou alcool est majorée chez les victimes de maltraitance qui ont donc davantage de risques de développer des maladies cardiovasculaires et des cancers (OMS, 2022). Brown et al. (2010) ont d'ailleurs montré l'augmentation de la prévalence du cancer du poumon chez les victimes d'ACEs.

La santé physique est aussi affectée par les conséquences des troubles alimentaires que les enfants maltraités peuvent développer (Hélie, 2019). Par ailleurs, le système nerveux et le système immunitaire des victimes peuvent également être atteints (OMS, 2022).

La violence sexuelle a également des répercussions sur la santé des victimes. A court terme, les victimes peuvent souffrir d'infections sexuellement transmissibles (IST) mais aussi de troubles gynécologiques ou de grossesses non désirées. A long terme, la victime subit les conséquences physiques de ces IST. En outre, le traumatisme subi peut aussi engendrer des difficultés comme les conduites sexuelles à risque (OMS, 2022).

De plus, les négligences lourdes peuvent entraîner une dénutrition, une hypotrophie staturo-pondérale ou le nanisme psycho-social. Pour des enfants ayant besoin de soins spécifiques, la non-dispensation de ceux-ci peut avoir un retentissement sur leur santé et leur développement (ODAS, 2015). Par ailleurs, l'absence de surveillance constitue une forme de négligence et peut entraîner des dommages physiques, voire la mort de l'enfant (HAS, 2017).

### 1.g.2. Répercussions cognitives et psychologiques

La maltraitance infantile entraîne des difficultés cognitives et psychologiques. Elle participe d'ailleurs aux inégalités dans l'éducation car les enfants qui en sont victimes ont davantage de risques de ne pas terminer leur scolarité (OMS, 2022). Les répercussions directes sur la santé mentale des victimes sont les traumatismes, le stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression. Les victimes devenues adultes sont susceptibles de développer des troubles psychologiques ou des troubles du comportement et des conduites (OMS, 2022). Hélie (2019) rapporte que les enfants ayant subi la maltraitance développent des mécanismes de retrait et d'évitement ainsi qu'une faible estime de soi. Le risque de tentative de suicide est également majoré (HAS, 2014a). Il y a aussi davantage de risques de reproduire les violences subies (HAS, 2017) ou d'en subir à nouveau au cours de leur vie.

On constate chez l'enfant maltraité des lésions dans la région préfrontale du cerveau qui causeraient un défaut de neurotransmission, entravant le développement de l'attachement sécure. Certaines lésions seraient réversibles selon la vulnérabilité de l'enfant (Sadlier, 2016). Dès lors, l'enfant développe de nouveaux besoins affectifs et psychiques, nécessitant une adaptation de la réponse parentale. Malheureusement, le contexte de violences empêche les parents de fournir cette réponse à l'enfant (Sadlier, 2016). Le système de gestion du stress est également atteint chez les enfants maltraités. En effet, l'exposition aux violences, expérience hautement traumatisante pour les jeunes enfants de par leur vulnérabilité cognitive, provoque une surexposition au cortisol qui cause l'altération de structures cérébrales. Ces enfants peuvent alors souffrir de stress post-traumatique, caractérisé par une hypervigilance et un émoussement affectif (Vasselier-Novelli & Heim, 2006). Les répercussions de ce stress démarrent dès la vie intra-utérine, si la femme enceinte est victime de violences conjugales (Salmona, 2016) ou en cas de maltraitance périnatale (Sutter-Dallay, 2019).

Salmona (2013a) décrit les conséquences psychotraumatiques des actes de violences. Elles sont liées à des mécanismes de sauvegarde neurobiologiques mis en place par le cerveau afin de se protéger face au risque vital. Il y a d'abord la sidération, phénomène qui bloque le fonctionnement de l'amygdale dans la gestion du stress. Puis, il y a la dissociation qui s'apparente à un état d'anesthésie des émotions et sensations physiques. En parallèle de la dissociation, la mémoire traumatique se met en place. Non traitée par l'hippocampe, elle va perdurer et générer un désordre dans la vie de la victime qui contribuera au mal-être suite à l'événement traumatique. Ces mécanismes interviennent quand l'enfant est victime d'actes de maltraitance mais aussi quand il est exposé aux violences conjugales (Salmona, 2020).

Au niveau cognitif, la maltraitance infantile entraîne des difficultés attentionnelles, l'atteinte des fonctions exécutives, une baisse des habiletés cognitives (Hélie, 2019). Aussi, les enfants maltraités risquent davantage de présenter des troubles du langage. La prévalence du retard de langage chez des enfants âgés de 2 mois à 36 mois victimes de négligences lourdes serait située entre 23,8 % à 41,7 %, ce qui est supérieur à celle des enfants n'ayant pas subi de négligences (Sylvestre & Mérette, 2010). Eigsti et Cicchetti (2004) ont montré que les enfants maltraités avaient davantage de difficultés au niveau syntaxique que des enfants non maltraités. De plus, Sylvestre et al. (2016) ont confirmé que les habiletés langagières (réceptives, expressives et pragmatiques) des enfants ayant subi des actes de maltraitance sont inférieures à celles d'enfants ne les ayant pas subis. Nous relevons également que l'exposition de l'enfant à des violences intrafamiliales, en tant qu'événement traumatique, peut être à l'origine d'un mutisme sélectif (Di Meo et al., 2015).

Des mémoires d'orthophonie ont contribué aux investigations à propos des retentissements de la maltraitance sur les enfants sans pouvoir généraliser les résultats obtenus.

## 1.h. Signes observables

Un meilleur repérage des signes de maltraitance infantile contribuerait à améliorer la protection des enfants mais la méconnaissance et le déni de ces signes demeurent (Tursz, 2015). Certains signes sont plus difficiles à distinguer, c'est le cas pour la violence psychologique (Wekerle & Smith, 2019). Cependant, l'idée que les signes sont trop difficiles à repérer car ils ne seraient pas tous spécifiques de la maltraitance pose problème car elle nous empêche d'envisager la maltraitance comme une explication possible. Dès lors, le repérage peut s'avérer défectueux. La HAS (2017) souligne que la maltraitance infantile doit être évoquée même devant des situations banales et fréquentes, comme les pleurs du nourrisson.

La HAS (2011) dit également que « toute modification du comportement habituel du mineur, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, peut être évocatrice d'une maltraitance » et que les dires de l'enfant ne doivent pas être minimisés en cas d'absence de signe ou de correspondance imprécise entre les signes observés et les révélations.

La HAS (2017) classe les signes de maltraitance infantile en différentes catégories. Il y a les signes physiques, les signes de négligences lourdes, les signes de maltraitance psychologique et les signes comportementaux qui concernent d'une part l'enfant et d'autre part l'entourage (Annexe n°7). Les signes de violence sexuelle sont évoqués séparément (HAS, 2017). Parmi les signes de maltraitance physique, on trouve les signes de brûlures, de morsures, de fractures ou encore de lésions viscérales (HAS, 2017). En ce qui concerne les signes de négligences lourdes, la HAS (2017) liste les domaines pouvant être atteints comme l'alimentation ou le sommeil. Les signes de maltraitance psychologique sont, chez le nourrisson, le trouble des interactions précoces et le trouble du comportement lié à un défaut d'attachement. A tout âge, il s'agit des différents actes de maltraitance psychologique comme les insultes ou les humiliations répétées (HAS, 2017). Les signes comportementaux chez l'enfant sont, par exemple, les troubles du comportement alimentaire (TCA) ou les troubles du sommeil. Tandis que les signes comportementaux chez l'entourage sont répartis en deux catégories. D'une part, il y a le comportement vis-à-vis de l'enfant dont l'indifférence envers l'enfant. D'autre part, il y a le comportement vis-à-vis des intervenants dont le refus des investigations médicales (HAS, 2017).

A propos de la violence sexuelle, la HAS (2017) indique différents éléments auxquels prêter attention car les signes indiqués ne sont pas forcément caractéristiques de cette forme de violence. Il s'agit de la fréquence et la durée d'apparition des signes observés ainsi que de l'observation simultanée de plusieurs signes. De plus, la parole de l'enfant est davantage mise en avant pour cette forme de maltraitance (HAS, 2017).

Kerlan (2018) propose également une liste des indicateurs de risques et dangers pour l'enfant, répartis dans les domaines suivants : santé, sécurité, moralité, éducation et développement.

Il est important de souligner qu'il existe des similitudes entre les signes repérables chez l'enfant maltraité et l'enfant exposé aux violences conjugales (Fortin, 2009). De plus, nous avons vu que l'enfant exposé aux violences conjugales était aussi souvent victime d'actes de maltraitance. Ainsi, les signes de ces violences observables chez les parents (HAS, 2019a) doivent également nous alerter sur l'état de l'enfant qui en est victime.

## 1.i. Contexte sociétal

### 1.i.1. Évolution des mentalités

La prise de conscience au sujet des violences se fait progressivement. Le sujet est davantage traité par les médias qui s'adressent à une société de moins en moins réfractaire à accueillir la parole des victimes, notamment depuis le premier confinement en 2020. En effet, il y a eu à cette période, en France, une augmentation de 10 % des VIF (INSEE, 2021) et une augmentation de 30 % des signalements de VC dès le début du confinement (Le Monde & AFP, 2020). L'INSEE (2021) signale également une augmentation de 14 % des plaintes pour violences physiques et sexuelles en 2019, dont 44 % d'entre elles concernaient des VIF avec 41 000 victimes mineures. L'INSEE (2021) suggère que le Grenelle sur les violences conjugales a pu « [...] favoriser un meilleur accueil par les services de sécurité, inciter les victimes de violences conjugales à davantage déposer plainte et peut-être, plus largement, encourager les signalements de toute forme de violences intrafamiliales ». L'augmentation de l'acceptation de la parole des victimes a également été perçue lors des révélations liées aux violences sexuelles, c'est le cas du phénomène #MeTooInceste (de Villaines, 2021).

D'autre part, on remarque que les droits de l'enfant en termes de protection augmentent. La prise en compte du statut de l'enfant comme victime des violences conjugales est une avancée importante (Chollet, 2022). On constate aussi de nombreux débats à propos des violences éducatives ordinaires (VEO) qui sont des habitudes éducatives nocives, comme la fessée par exemple. Salmona (2014) décrit les châtiments corporels "éducatifs" et évoque la nécessité de la lutte contre cette forme de violence. De plus, les VEO ont été interdites récemment (LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (1), 2019).

Toutefois, au même titre que les violences sexistes et sexuelles (VSS), la maltraitance infantile gagne en visibilité mais on ne constate pas de diminution notable des chiffres. En effet, le nombre de morts d'enfants dans un contexte de violences intrafamiliales ne diminue pas, avec 72 décès en moyenne par an. (Ministère des Solidarités et de la Santé et al., 2018). Salmona (2013b) dénonce l'inaction et le silence qui règnent autour des violences faites aux enfants et rappelle l'importance d'une prise en charge précoce afin de limiter les conséquences psychotraumatiques. De plus, la maltraitance infantile représente un coût pour notre société estimé à environ 53 265 € par an pour chaque enfant pris en charge par le système de protection de l'enfance (Prigent et al., 2021). On s'interroge donc sur ce que mettent en place les institutions pour améliorer le repérage par les professionnel-le-s de l'enfance de cette forme de violences marquée par l'empêchement de parler.

### 1.i.1. Failles du système de protection de l'enfance

De nombreux enfants bénéficient du système de protection de l'enfance français : 308 000 enfants sur la France hors Mayotte en 2020, soit 21,4 pour 1000 (ONPE, 2022). Ce système doit prioriser l'intérêt de l'enfant dans son développement, ses besoins fondamentaux et le respect de ses droits (LOI n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, 2007). Pour répondre à ses fonctions, le système dispose d'actions de prévention, de moyens de repérage et de traitement des situations de danger ou de risque pour l'enfant ainsi que des décisions judiciaires et administratives (République française, 2021).

Toutefois, les dysfonctionnements du système de protection, dont le repérage insuffisant des violences, persistent (Défenseur des droits, 2019; Martin-Blachais, 2017). Ils sont causés par une gouvernance défailante, un manque de coordination entre les différentes institutions ainsi qu'une lenteur de mise en application des lois (République française, 2021). Parmi ces nombreux défauts, les moyens d'accueil des mineur·e·s protégé·e·s au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont critiqués (République française, 2021) avec notamment des enfants placés qui deviennent victimes du système prostitutionnel (de Gastines & Lemonier, 2022). De plus, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est également touchée par une crise majeure (Peyron, 2019). D'autres dysfonctionnements sont repérés au niveau de l'Éducation nationale. Par exemple, l'obligation, datant de 2001, de dispenser trois séances d'éducation à la vie affective et sexuelle du primaire au lycée n'est pas appliquée dans l'ensemble des établissements. En effet, 25 % des écoles élémentaires ainsi que 4 % des collèges et 11,3 % des lycées ont déclaré n'avoir mené aucune action en 2015 (Battaglia & Sénecat, 2018). Or, l'application inégale de ce dispositif, censé participer à la lutte contre les VSS et les VC, retentit sur la protection de l'enfant, d'autant plus que certaines victimes de VC sont mineur·e·s (Boutboul & Brethes, 2022).

Une explication de ces manquements réside dans le fait que, de nos jours, les actes de violences sont encore trop souvent banalisés et minimisés. Le tabou et la désinformation, avec un traitement médiatique encore empreint de fausses croyances, participent au sous-diagnostic, à la sous-estimation des chiffres ainsi qu'au défaut de protection des enfants (Tursz, 2013a). Cette invisibilisation pose problème, d'autant plus que toute personne étant témoin de violences faites aux enfants doit signaler les faits (Service Public, 2023), ce qui constitue une part importante de la protection de ces enfants. En outre, les défauts du système actuel ont de lourdes conséquences. En effet, des enfants identifiés par la justice comme étant en danger ne bénéficient pas de protection (Lemonier, 2022b). Certains de ces enfants décèdent (Lemonier, 2022a). En France, 14 mineur·e·s ont été tué·e·s dans un contexte de violences conjugales en 2021 (Gouvernement, s. d.).

En somme, il semble qu'une maltraitance d'État vienne s'ajouter aux violences perpétrées sur les enfants par, dans la majorité des cas, leurs parents (Tursz, 2010). On peut alors parler d'une culture de la violence dans laquelle la prise en compte de la parole de l'enfant est encore insuffisante (Défenseur des droits, 2020). Dès lors, nous nous interrogeons sur le rôle des soignant·e·s dans la protection de ces enfants.

## 2. Soignant·e·s et maltraitance infantile

### 2.a. Recommandations

Les soignant·e·s détiennent un rôle important dans le repérage et la protection des victimes de maltraitance infantile (HAS, 2011). Tursz (2015) ajoute que les médecins sont en première ligne dans le processus de repérage des actes de maltraitance infantile, notamment par le biais des étapes obligatoires de suivi de l'enfant dès sa naissance. Dès lors, le corps médical détient une responsabilité de protection de l'enfant importante, peut-être encore plus que l'école.

La HAS (2017) a publié des recommandations visant « [...] l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux » (Annexe n°7). La HAS (2017) rappelle d'abord la définition de la maltraitance infantile puis les facteurs de risques en indiquant que ceux-ci constituent des situations devant lesquelles il faut systématiquement envisager la maltraitance. Elle détaille ensuite des éléments d'anamnèse à prendre en compte et investiguer, complétés par la liste des différents signes de maltraitance. Ces différents éléments dépendent du contexte de la consultation. Puis, elle précise les conduites à tenir (CAT), dont les modalités de signalement. En somme, la HAS (2017) recommande aux soignant·e·s de prendre part activement au repérage ainsi qu'à la protection des enfants maltraités ou à risque en envisageant plus souvent la maltraitance, même devant des signes non spécifiques. Elle leur conseille également de s'entourer face à tout doute et de se faire aider.

Protéger l'enfant est un acte médical ainsi qu'une obligation légale. Il est important de noter que les soignant·e·s n'ont pas à être certain·e·s de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente (HAS, 2017).

En effet, toute personne, mineure ou majeure, quand elle est témoin d'un acte de maltraitance infantile ou soupçonnant un enfant en danger ou risquant de l'être, doit signaler les faits. Il peut s'agir d'un·e particulier·ère comme d'un·e professionnel·le de l'enfance et/ou de la santé (Service Public, 2023). D'après la loi, les soignant·e·s n'encourent pas de poursuites si le signalement a été fait dans les conditions prévues. Néanmoins, iels peuvent être poursuivi·e·s en cas de non assistance à personne en danger (HAS, 2017). Pour faire part de ses suspicions ou effectuer un signalement, il existe plusieurs possibilités en fonction du degré de danger pour l'enfant. En cas d'urgence vitale, il faut appeler le SAMU et c'est l'hôpital qui procède au signalement. En cas de danger important, il faut favoriser l'hospitalisation de l'enfant et transmettre son signalement au procureur de la République. Quand la vie de l'enfant n'est pas en danger dans l'immédiat, il est recommandé de se concerter entre professionnel·le·s ou de consulter la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), qui dépend du Conseil départemental, puis de procéder à une IP si nécessaire. Si la situation le permet, quel que soit le degré d'urgence, il faut avertir les parents de ses soupçons (HAS, 2017). Afin de bénéficier de conseils, il existe aussi des numéros d'urgence : 119 pour la maltraitance infantile et 3919 pour les violences conjugales. Ils peuvent être affichés dans les salles d'attente et/ou indiqués aux patient·e·s.

La HAS (2017) rassemble également des recommandations pour les soignant·e·s à propos de la MIN, le SBS et l'inceste. De plus, Salmona (2014) souligne l'importance de la participation du corps médical à la sensibilisation aux VEO et de sa prise de position dans la lutte contre ces violences. Par ailleurs, le rôle des médecins à propos des VC est étudié. Progressivement, s'installe la volonté d'instaurer un repérage systématique afin de participer activement à la protection des victimes (Previos, 2012). Depuis, la HAS (2019b) rappelle que le repérage est un acte médical et indique aux soignant·e·s comment identifier les victimes de VC en incluant les signes visibles chez l'enfant (HAS, 2019a) puis son statut de covictime (HAS, 2022). Toutefois, les VC ne sont pas évoquées dans les recommandations sur la maltraitance (HAS, 2017). Or le statut de covictime implique de modifier la façon dont les professionnel·le·s de santé envisagent la maltraitance et comment iels l'identifient. En effet, selon Durand, protéger la mère c'est aussi préserver l'enfant (Protéger l'enfant, 2020).

Les responsabilités des soignant·e·s indiquées dans les recommandations font écho aux principes d'éthique du soin, principes également présents dans les débats sur la bientraitance des professionnel·le·s de santé. Toutefois, le corps médical ne signale que très peu : l'Ordre des médecins a estimé que la proportion de signalements émis par le corps médical était de 2 à 5 % en 2002 (HAS, 2014b). Nous cherchons donc à comprendre ce qui peut freiner le repérage et/ou le signalement.

## 2.b. Difficultés

Bien qu'il existe ces recommandations, les professionnel-le-s de santé font face à des difficultés quand il s'agit de les suivre. À ce propos, Vasseur (2013) soutient que les soignant-e-s, y compris les paramédicaux-al-es, se retrouvent dans une position inconfortable vis-à-vis de l'enfant et de son entourage, voire qu'ils ressentent du malaise. Vasseur (2013) explique l'inconfort ressenti par les différents facteurs que sont la part émotionnelle du repérage d'une situation maltraitante, le manque de préparation et de formation, les doutes ainsi que les conséquences sur la relation thérapeutique que cette suspicion peut provoquer. Elle ajoute qu'il est difficile pour les soignant-e-s de trouver le positionnement à adopter face au parent maltraitant, ainsi que d'exercer dans un climat d'incertitudes et de méfiance vis-à-vis de l'entourage de l'enfant, ces freins étant majorés lorsque le parent évolue dans le même contexte socioprofessionnel que la-le soignant-e. Les libéraux-ales font particulièrement face à ces difficultés car ils se sentent seul-e-s face aux cas de maltraitance et aux responsabilités qui en découlent (UNAPL, 2021) contrairement aux professionnel-le-s exerçant en structure qui bénéficient plus facilement des réflexions collégiales (Apter, 2021). La HAS (2014a) évoque d'ailleurs le sentiment d'isolement des soignant-e-s face à la maltraitance infantile.

Le manque de formation évoqué par Vasseur (2013) est appuyé par Martin-Blanchais (2017) qui rappelle l'importance de l'amélioration de la formation initiale et continue des professionnel-le-s sur les violences faites aux enfants. Apter (2021) insiste sur le fait que la nécessité de formation concerne les professionnel-le-s de toutes les instances concernées par les besoins de l'enfant, dont l'ensemble des soignant-e-s. De plus, Gréco (2013) montre que les médecins ont des connaissances limitées et/ou faussées sur la maltraitance infantile et qu'ils jugent pertinent la création d'outils de repérage clairs. En outre, ce besoin d'améliorer la formation doit inclure les VC avec, par exemple, la distinction entre conflits et violences ainsi que la prise en compte des besoins des enfants exposés (Sadlier, 2016). La HAS (2014a) déclare qu'il est primordial de donner des informations « claires et précises » aux professionnel-le-s de santé afin de leur permettre de mieux détecter les enfants victimes de violences. En effet, le manque de connaissances est à l'origine de nombreux doutes chez les soignant-e-s, ce qui entrave le repérage et la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements. Les soignant-e-s doivent donc être en mesure de reconnaître la maltraitance infantile lorsqu'ils y sont confronté-e-s et connaître les procédures à suivre.

Par ailleurs, Gréco (2013) a interrogé les médecins sur le faible taux de signalements. Elle met en évidence plusieurs causes dont, à nouveau, le manque de formation mais aussi les barrières psychologiques, la crainte d'un signalement abusif, le manque de confiance dans les services sociaux, l'appartenance à une même classe sociale ainsi que l'absence d'information suite au signalement.

Les soignant·e·s sont autorisé·e·s à lever le secret médical s'il s'agit du signalement d'une situation de maltraitance envers un·e patient·e. (Décis et al., 2014). Le signalement permet de protéger l'enfant même s'il est toujours un acte difficile pour les soignant·e·s (Duquesne, 2006). Par ailleurs, à Toulouse, une pédopsychiatre a vu son droit d'exercer retiré à la suite d'un signalement de maltraitance chez une patiente mineure (Duchampt, 2023). Parfois, la volonté de signaler des maltraitances entraîne des représailles, c'est le cas d'une psychologue qui a été assassinée à Annecy en 2020 (Robert-Diard, 2022). De fait, le secret médical ainsi que les craintes des représailles peuvent constituer des freins aux démarches de signalement des violences que subissent nos patient·e·s.

Après avoir pris connaissance des recommandations à destination des soignant·e·s ainsi que des éventuelles difficultés rencontrées lors de leur application, nous voulons savoir s'il en est de même pour les orthophonistes.

## 2.c. Zoom sur l'orthophonie

### 2.c.1. Identité professionnelle

Le terme orthophonie a été inventé par le Dr M. Colombat de l'Isère en 1828 (Brin-Henry et al., 2018). En France, c'est la collaboration entre Suzanne Borel-Maisonny et le Dr Veau en 1926 qui est à l'origine de l'orthophonie telle qu'on la connaît. Le Dr Veau, chirurgien maxillo-facial, souhaitait que les enfants qu'il opérât puissent parler. Il a donc fait appel à Suzanne Borel-Maisonny, linguiste, qui a élaboré la première méthode de rééducation orthophonique pour des enfants opérés de fentes palatines (Tain, 2016). Ensuite, Suzanne Borel-Maisonny a élargi, avec la participation de ses collaboratrices, le champ de compétences autour de la parole et du langage, de la communication dans son ensemble et dans ses modalités orales ou écrites (Kremer & Lederlé, 2020). La loi du 10 juillet 1964 confère à l'orthophonie un statut légal et instaure le diplôme national (LOI n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, 1964).

De nos jours, l'orthophonie est présentée comme « un complément au savoir médical » (Tain, 2016). On désigne aussi les orthophonistes comme des « auxiliaires médicaux » (Assurance maladie, 2022a). L'orthophonie, reconnue comme profession de santé de premier recours (Ministère de l'Éducation nationale, 2013a), se décline en plusieurs aspects : la promotion de la santé, la prévention, le bilan et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ainsi que le développement et le maintien de l'autonomie, la qualité de vie des patient·e·s et le rétablissement de leur rapport confiant à la langue (Article L4341-1, 2016).

Le rôle de prévention et d'accompagnement parental est d'ailleurs davantage reconnu avec l'ajout récent d'un intitulé de bilan dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (Assurance maladie, 2022c).

Le référentiel de compétences précise les différentes fonctions de l'orthophoniste : la réalisation du bilan et de l'évaluation nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et du projet thérapeutique ; la prise en charge individuelle ou en groupe des patient·e·s ; la prévention et le dépistage des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales ; l'éducation thérapeutique des patient·e·s et de leur entourage ; l'expertise et le conseil dans le domaine de l'orthophonie ; l'organisation et la coordination des soins ; la gestion des ressources ; la veille professionnelle et les actions d'amélioration des pratiques professionnelles ; la recherche et les études en orthophonie ainsi que la formation et l'information des professionnel·le·s et futur·e·s professionnel·le·s (Ministère de l'Éducation nationale, 2013b).

Avec le Covid-19, le télésoin a été ajouté à la convention (Assurance maladie, 2022b).

### 2.c.2. Démographie

Au 1er janvier 2022, on comptait 24 208 orthophonistes en France. 20 657 d'entre eux auraient une activité libérale ou mixte (85,3 %). Il y aurait 1 566 orthophonistes exerçant en structure hospitalière (6,5 %) et 1 985 orthophonistes en activité salariée autre (8,2 %) (DREES, 2022). En outre, l'orthophonie est une profession majoritairement exercée par des femmes : en 2022, elles représentaient 97 % des orthophonistes (DREES, 2022).

### 2.c.3. Spécificités dans le repérage des violences

L'orthophoniste intervient auprès d'une clientèle variée, que ce soit en termes d'âge ou d'expression des troubles (Article L4341-1, 2016). La profession mobilise des compétences diverses réparties dans les différents domaines d'intervention dont on constate l'élargissement progressif (Kremer & Lederlé, 2020). Cet aspect sous-tend le partenariat avec diverses professions de la santé et du social, ce qui enrichit la pratique des orthophonistes par le biais du partage d'expériences notamment. Par ailleurs, l'exercice coordonné se répand progressivement sur le territoire (Assurance maladie, 2023). Celui-ci permet aux orthophonistes libéraux·ales d'accéder aux bénéfices du travail pluriprofessionnel plus facilement. Or, pouvoir compter sur le soutien des autres professionnel·le·s est nécessaire pour détecter et protéger les enfants maltraités.

En parallèle du large champ de compétences techniques, l'orthophoniste doit adopter différentes attitudes auprès des patient·e·s et de leur entourage. Il s'agit par exemple de la neutralité bienveillante ou de l'écoute. Ces attitudes participent à l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, nécessaire à l'efficacité de la prise en charge (Pont, 2011). La relation thérapeutique, basée sur la confiance entre la·le soignant·e et la·le patient·e, induit l'accès à une forme d'intimité. C'est d'ailleurs le cas dans les interventions concernées par le rôle de prévention et d'accompagnement parental qui prend une place importante dans l'exercice orthophonique.

Par ailleurs, les stéréotypes de genre induits par la démographie de la profession qui en fait un "métier de femmes", confèrent spécifiquement à l'orthophoniste un souci de l'autre ainsi qu'un exercice de la communication maternante (de la Loge d'Ausson, 2021). Bokobza et Deldique (2012) ont également montré que l'orthophoniste peut constituer un·e tuteur·rice de résilience pour des patient·e·s ayant subi des violences. Ces spécificités de la profession renforcent l'idée que l'orthophoniste est amené·e à repérer les signes de maltraitance infantile et recevoir des révélations de la part de ses patient·e·s.

#### 2.c.4. Orthophonie et maltraitance

L'orthophonie, en tant que profession de santé, détient un rôle de repérage et de protection des enfants maltraités. De plus, il nous semble que les orthophonistes sont particulièrement concerné·e·s par la maltraitance infantile. En effet, la patientèle accueillie par les orthophonistes est constituée en grande majorité d'enfants (ONDPS, 2011). Ces patient·e·s mineur·e·s sont davantage vulnérables en raison de leur âge mais aussi de leurs troubles. Parmi eux, on trouve les troubles du langage et de la communication, spécialité de l'orthophonie, avec un rôle de prévention marqué (Kremer & Lederlé, 2016). Or, la prévalence des troubles du langage ainsi que des troubles cognitifs augmente chez les enfants ayant subi des violences. L'expertise des orthophonistes peut d'ailleurs s'avérer bénéfique dans l'intervention auprès d'enfants ayant subi des actes de maltraitance (Grant & Gravestock, 2003). De plus, les signes de maltraitance sont identifiables par l'orthophoniste. Certains d'entre eux sont d'ailleurs des motifs de consultation en orthophonie comme le trouble des interactions précoces (HAS, 2017).

Il est donc important que les orthophonistes envisagent systématiquement l'éventualité de la maltraitance comme origine de certains troubles chez leurs patient·e·s. Westby (2018) souligne qu'il est nécessaire que l'orthophoniste ait conscience de la présence d'enfants maltraités dans sa patientèle et qu'il recherche d'éventuels antécédents de violence lors de l'anamnèse. Par ailleurs, l'orthophonie détient des spécificités de pratique propices au repérage.

Il y a notamment l'aspect régulier du suivi avec la possibilité d'effectuer des domiciles ou du télésoin, permettant un meilleur aperçu du contexte intrafamilial, ainsi que le partenariat avec l'entourage qui peut faciliter les révélations. En outre, quelques mémoires d'orthophonie traitent de la maltraitance mais sont plutôt axés sur ses conséquences chez nos patient·e·s. Ils montrent néanmoins que c'est un sujet important pour les orthophonistes et futur·e·s orthophonistes.

Nous pensons également que les orthophonistes font face aux mêmes difficultés que celles évoquées par les médecins (Gréco, 2013). Parmi elles, on note le manque de formation. Or, le référentiel de formation des orthophonistes ne fait pas mention d'une sensibilisation systématique au sujet de la maltraitance ou des violences (Ministère de l'Education nationale, 2013c). Il appartient à chaque Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de proposer des interventions sur le sujet aux étudiant·e·s. Cela pose question car Snow (2009) indique que les orthophonistes ont un rôle important dans le repérage des actes de maltraitance et qu'il est nécessaire de l'aborder lors de la formation initiale. Westby (2018) affirme que les orthophonistes ont besoin d'une formation de meilleure qualité sur le sujet des violences faites aux enfants.

Par ailleurs, il existe des formations continues accessibles aux orthophonistes. Au 25/05/2023, une recherche effectuée sur le site de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) avec le mot-clef "maltraitance" nous indique qu'il existe 4 formations sur le repérage de la maltraitance infantile pour l'année 2023, dont 3 accessibles en distanciel. Avec le mot-clef "violence", une cinquième formation apparaît, cette fois sur le thème des VC. De plus, il existe des moyens de sensibilisation et de formation gratuits et accessibles à l'ensemble de la population comme les formations du collectif Noustoutes.org.

Cependant, l'orthophonie n'est pas citée à proprement parler dans les recommandations de la HAS sur le repérage de la maltraitance infantile et des VC. En effet, les professions visées par ces recommandations sont listées de façon non exhaustive et l'inclusion de l'orthophonie n'est pas toujours évidente (HAS, 2017, 2022). Nous supposons que les orthophonistes y sont oublié·e·s car ils sont bien moins nombreux·ses par rapport aux autres soignant·e·s. Par exemple, en France, les orthophonistes sont plus de dix fois moins nombreux·ses que les médecins (DREES, 2022). Cet oubli pose plusieurs problèmes dont le fait que les orthophonistes puissent en déduire qu'elles ne sont pas directement concerné·e·s par les recommandations.

### 3. Problématique et hypothèses

Au vu de l'ampleur de ce problème de santé publique, la proportion de la patientèle orthophonique concernée par la maltraitance est non négligeable. Par ailleurs, l'orthophonie, comme profession de soin, a des responsabilités concernant ces enfants. Elles s'étendent de la prévention à la prise en charge des conséquences de la maltraitance infantile, en passant par l'identification et le signalement des actes de violences. Or, les données actuelles montrent que la proportion de signalements émis par le corps médical est très faible par rapport au rôle des soignant·e·s dans le repérage. Les causes de ce décalage sont étudiées et le manque de connaissance des soignant·e·s sur la maltraitance infantile est une des raisons évoquées, en plus du sentiment de solitude des libéraux·ales face aux doutes.

Nous tenons bien sûr compte du contexte sociétal dans lequel faire un signalement est compliqué, y compris pour le personnel soignant. Toutefois, avant de signaler et prendre en charge les enfants subissant la maltraitance, il faut être capable de les déceler.

Ainsi, nous voulons savoir si les orthophonistes sont concerné·e·s par ce manque de connaissances et, si tel était le cas, s'ils ressentent ce manque dans leur pratique quotidienne. Pour cela, nous avons ciblé certains domaines que nous jugeons importants dans la démarche de repérage des actes de maltraitance ainsi que des aspects indiquant le sentiment des orthophonistes sur leur propre niveau de connaissances.

Par ailleurs, les orthophonistes semblent détenir des spécificités propices à la détection ainsi qu'à la protection des enfants maltraités. Toutefois, ils n'apparaissent pas directement dans les recommandations de la HAS. De plus, les informations sur le sujet des violences nous semblent facilement accessibles mais l'observation sur le terrain nous a montré que les orthophonistes déplorent un manque de connaissances. Nous souhaitons donc comprendre plus finement ces paradoxes et faire émerger les besoins précis des orthophonistes en matière de formation sur les violences. Ce mémoire revêt donc un caractère exploratoire.

Afin d'investiguer les différents aspects évoqués, nous nous posons la question suivante :

**Existe-t-il un besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral à propos de la maltraitance infantile ?**

Dans le but d'étudier les besoins des orthophonistes exerçant en libéral, nous avons formulé deux hypothèses. L'une porte sur les connaissances réelles des orthophonistes et l'autre sur la perception qu'ont les orthophonistes de leurs besoins. Chacune comprend deux sous-hypothèses qui nous permettent d'envisager plus précisément à quels niveaux s'expriment les besoins.

**Hypothèse H1** : Il existe un besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral sur la maltraitance infantile.

→ sous-hypothèse H1.a : Les orthophonistes ne connaissent pas suffisamment les différentes formes de maltraitance infantile.

→ sous-hypothèse H1.b : Les orthophonistes ne connaissent pas suffisamment les signes de maltraitance infantile.

**Hypothèse H2** : Les orthophonistes exerçant en libéral perçoivent un besoin de réactualisation de leurs connaissances sur la maltraitance infantile.

→ sous-hypothèse H2.a : Les orthophonistes entament des démarches pour actualiser leurs connaissances sur la maltraitance infantile.

→ sous-hypothèse H2.b : Les orthophonistes ne se sentent pas en capacité de repérer ou de réagir face à un cas de maltraitance infantile.

Nous avons choisi de baser la validation des hypothèses sur un critère : la représentativité de l'échantillon. En effet, nos hypothèses ayant comme cible les orthophonistes libéraux·ales, nous avons décidé de les valider à condition que les résultats puissent être étendus à la population ciblée. Nous n'avons pas établi de score seuil pour l'interprétation des résultats. En effet, le caractère exploratoire du mémoire ne permet pas d'anticiper une quantité de réponses déterminant la confirmation de nos hypothèses.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 1. Choix de la population cible

Cette étude cible particulièrement les besoins des orthophonistes libéraux·ales car ils sont davantage démunis face aux cas de maltraitance infantile (UNAPL, 2021). Il nous a donc semblé important d'approfondir leurs difficultés en priorité. Pour confirmer ce choix, nous avons contacté une assistante sociale exerçant en Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents (CMPEA).

Nous avons évoqué ensemble le travail d'équipe qui s'articule autour des enfants maltraités ou à risque accueillis en structure. Cet échange a permis de confirmer le fait que les protocoles, souvent coordonnés par les médecins, soulageaient les soignant·e·s dont les orthophonistes. De plus, les libéraux·ales constituent une grande majorité numérique dans le paysage professionnel orthophonique. Les patient·e·s concerné·e·s par la maltraitance seront donc davantage accueilli·e·s en libéral. De plus, une prise en charge en structure survient parfois après un premier avis libéral et le manque d'orthophonistes salarié·e·s implique souvent que des libéraux·ales prennent le relais. Les orthophonistes libéraux·ales sont en première ligne du parcours de soin des enfants maltraités, lorsque celui-ci a lieu. Ces professionnel·le·s ont d'ailleurs un meilleur aperçu du cadre intrafamilial car iels reçoivent plus régulièrement la famille qu'en structure. L'étude ciblée des connaissances et besoins des orthophonistes exerçant en libéral nous semble donc justifiée.

Pour limiter la variabilité des données, nous avons choisi d'interroger les orthophonistes exerçant en France (métropolitaine et territoires d'outre-mer) car nous nous situons dans le contexte sociétal français. Les participant·e·s doivent également détenir un diplôme français. De plus, nous avons choisi d'interroger les orthophonistes prenant en charge des enfants car nous supposons qu'une patientèle adulte exclusive peut mettre à distance la sensibilité au sujet de la maltraitance. Toutefois, nous n'avons pas retenu de critère d'expertise sur la maltraitance infantile afin de représenter au mieux l'état des connaissances actuel. Les **critères d'inclusion** pour cette étude sont donc : la pratique de l'orthophonie en France, le mode d'exercice libéral (exclusif ou partiel), la détention d'un diplôme français et la prise en charge de patient·e·s mineur·e·s.

## 2. Choix de la méthode

Nous avons opté pour une enquête par questionnaire auto-administré en ligne. Cette méthode correspond à notre volonté d'étudier les besoins d'une large population car elle permet d'obtenir un grand nombre de réponses en peu de temps. Elle est également pratique en termes de prise en main et de traitement des données.

## 3. Conception du questionnaire

### 3.a. Choix de la plateforme

Nous avons choisi d'utiliser la plateforme EUSurvey qui est recommandée pour sa sécurité en termes de protection des données (Ragot, 2022).

### 3.b. Consentement et recueil des données

Ce questionnaire est anonyme et les participant·e·s n'ont pas l'obligation de nous fournir des données directement identifiantes (Ragot, 2022). Toutefois, nous leur avons donné la possibilité de renseigner leur adresse mail en cas de besoin de précisions sur leurs réponses ainsi que pour leur faire parvenir les résultats de l'étude. Les répondant·e·s ne souhaitant pas donner leur adresse avaient la possibilité de renseigner une adresse fictive indiquée. Les données recueillies ne sont pas conservées après l'étude (Ragot, 2022). Leur utilisation est donc strictement limitée aux besoins de ce mémoire. Ces informations ont été mises à disposition des participant·e·s dans le texte introductif du questionnaire (Annexe n°1) ainsi que dans la notice d'information (Annexe n°3). Les orthophonistes interrogé·e·s y ont consenti en soumettant leur réponse à l'enquête.

### 3.c. Structure du questionnaire

Le questionnaire (Annexe n°1) est divisé en sections dans lesquelles sont réparties les 28 questions :

- 1) Texte introductif, notice d'information et recueil du consentement ;
- 2) Questions portant sur le profil de l'échantillon ;
- 3) Questions ciblant le niveau de connaissances sur plusieurs aspects de la maltraitance (H1) ;
- 4) Questions portant sur le ressenti des orthophonistes sur leur niveau de connaissances (H2) ;
- 5) Remerciements.

Il y a également plusieurs questions à visée exploratoire réparties au sein des sections 2, 3 et 4.

### 3.d. Formulation des questions et modalités de réponse

Nous avons choisi d'employer un vocabulaire accessible pour favoriser la compréhension des questions aux participant·e·s qui n'ont pas forcément d'expertise sur le sujet. De plus, de Singly (2020) souligne que la syntaxe doit être simple afin de faciliter la lecture et la compréhension.

Nous avons tenu compte de l'effet intimidant que le questionnaire, pouvant s'apparenter à un examen, peut avoir. En effet, on peut ressentir une forme de jugement, ce qui risque d'induire le biais de désirabilité sociale (Borel et al., 2022). Nous avons donc utilisé des questions à choix multiples qui montrent aux participant·e·s qu'il peut y avoir une diversité de pratiques et des questions avec des formulations du type "selon vous" ou "pensez-vous que" qui autorisent une pensée individuelle (de Singly, 2020). De plus, les répondant·e·s ne peuvent pas revenir en arrière pour modifier leurs réponses et nous leur indiquons que celles-ci doivent refléter au mieux la réalité.

En outre, nous avons voulu éviter d’orienter les réponses. Pour cela, il faut limiter la suggestibilité des questions et les rendre aussi neutres que possible. De Singly (2020) dit que « la formulation des questions ne doit désavantager aucune réponse a priori et ne pas indiquer par le choix des mots, des modalités, la bonne réponse que la majorité des personnes interrogées estiment devoir fournir. [...] Les individus de l’échantillon cherchent souvent à savoir quelle est la réponse légitime ». Il faut donc chercher un équilibre entre les modalités de réponses positives et négatives. Par ailleurs, il faut étudier l’ordre des questions pour empêcher les répondant·e·s d’essayer de déduire ce qu’on attend d’e·lleux, ce qui explique que certaines questions d’une même section ne se suivent pas forcément au sein du questionnaire.

Ensuite, nous avons réfléchi à la pertinence de nos questions. De Singly (2020) recommande de formuler la justification de chaque question. Nous avons donc synthétisé nos idées dans un tableau récapitulatif (Annexe n°2). Dès lors, la rédaction des questions dépend des hypothèses que nous avons formulées. Néanmoins, le caractère exploratoire implique de laisser de la place pour des questions supplémentaires servant à chercher des pistes explicatives. Pour cela, il a fallu statuer sur le nombre de questions. En effet, il faut recueillir suffisamment d’informations tout en évitant de démotiver les répondant·e·s face à une trop grande quantité de questions. Il existe deux principes justifiant le besoin de poser plusieurs questions afin d’investiguer une hypothèse : « l’imperfection de la mesure, étant donné les conditions de déroulement de toute enquête » et « l’imperfection de l’indicateur, étant donné le fait qu’aucune question ne peut jamais approcher de manière entièrement satisfaisante la notion » (de Singly, 2020). Pour cette étude, il y a 2 à 5 questions pour chaque sous-hypothèse et le temps de passation du questionnaire a été estimé à 15 minutes en moyenne, ce qui nous a semblé convenable.

Nous avons également réfléchi aux modalités de réponse. Le questionnaire comprend 28 questions dont 20 questions fermées, 5 questions ouvertes et 3 questions mixtes (questions fermées avec l’ajout de la mention “autre”). Il y a davantage de questions fermées, ce qui correspond aux recommandations de de Singly (2020). Par ailleurs, le format de la réponse varie selon la notion interrogée et est facilement identifiable par les participant·e·s. Si nécessaire, nous leur proposons un message d’aide afin d’illustrer le format de réponse attendue avec un exemple ou les guider s’il y a des cas particuliers. Parmi les 28 questions, il y a :

- 14 questions à choix unique et 3 questions à choix multiple ;
- 4 matrices et 1 tableau ;
- 1 échelle numérique (espace libre pour indiquer une date) ;
- 5 espaces libres correspondant aux questions ouvertes.

Les participant·e·s ont la possibilité de cocher “non concerné·e” à deux reprises car la plupart des questions sont obligatoires mais certaines dépendent de la réponse à la question précédente. Le caractère obligatoire d’une réponse est matérialisé par une astérisque rouge. Il y a 24 questions obligatoires et 4 questions facultatives (questions ouvertes).

### 3.e. Pré-test

Dans un premier temps, nous avons vérifié différents paramètres du questionnaire dont le fonctionnement technique (état du lien d’accès, soumission des réponses), l’ergonomie de la plateforme et facilité de navigation (aspect de l’interface, adéquation des messages d’aide et enchaînement logique des questions) ainsi que l’orthographe et la clarté des questions.

Ensuite, nous avons procédé à un pré-test auprès de quatre orthophonistes correspondant aux critères d’inclusion à l’échantillon (Borel et al., 2022) et n’ayant pas d’expertise spécifique sur le sujet. Ces tests se sont déroulés dans des conditions similaires à celles des futur·e·s répondant·e·s afin d’estimer le temps de passation. Les testeuses ont répondu à quelques questions sur leurs impressions à propos de points précis. Elles ont aussi eu la possibilité d’émettre des suggestions. Par la suite, nous avons synthétisé les retours afin d’effectuer les modifications nécessaires. Plusieurs éléments ont été relevés dont le temps de passation jugé trop long ainsi que de questions à reformuler afin de permettre aux participant·e·s d’être suffisamment à l’aise pour s’exprimer librement. Nous avons également vérifié que les questions étaient comprises en analysant les réponses des testeuses.

### 3.f. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé du 12 janvier 2023 au 08 mars 2023, soit huit semaines. Nous avons procédé à l’envoi de courriels destinés aux orthophonistes enseignant au CFUO de Toulouse ainsi qu’aux maître·sse·s de stage agréé·e·s par l’école. Afin de compléter la diffusion avec des orthophonistes venant d’horizons différents, nous avons utilisé le réseau social Facebook. Le questionnaire a été diffusé sur différents groupes d’orthophonistes. Nous avons également encouragé le bouche à oreille dans les réseaux des orthophonistes contacté·e·s.

## 4. Choix de méthode de traitement des données

Afin de faciliter le traitement des données recueillies, chaque question a été reliée en amont à une hypothèse ou à un axe exploratoire que nous souhaitons étudier (Annexe n°2).

Nous avons procédé à la répartition suivante :

- Profil de l'échantillon : Q1\*, Q2, Q3\*, Q4\*, Q5\*, Q6, Q7 (les questions marquées d'une astérisque servent à vérifier l'appartenance aux critères d'inclusion) ;
- Sous-hypothèse H1.a : Q11, Q12 ;
- Sous-hypothèse H1.b : Q13, Q14, Q15, Q16, Q17 ;
- Sous-hypothèse H2.a : Q19, Q25, Q27 ;
- Sous-hypothèse H2.b : Q21, Q22 ;
- Dimension exploratoire : Q8, Q9, Q10, Q18, Q20, Q23, Q24, Q26, Q28.

Nous avons d'abord établi le profil de l'échantillon dont nous avons étudié la représentativité. Pour cela, nous avons calculé sa taille (Borel et al., 2022). Puis nous avons analysé les résultats des questions portant sur les hypothèses afin de les valider ou les invalider. Enfin, nous avons investigué la partie exploratoire de l'étude. Nous n'avons pas utilisé de tests statistiques pour traiter les données quantitatives car nous ne situons pas dans une approche inférentielle. En revanche, des moyens descriptifs ont été employés. L'analyse qualitative a reposé sur des relevés de mots-clefs afin de traiter les réponses aux questions ouvertes et mixtes. Nous avons également procédé à des analyses croisées quand la répartition de l'échantillon nous le permettait.

## RÉSULTATS

### 1. Profil des répondant·e·s

Nous avons obtenu 220 réponses dont nous avons dû vérifier l'appartenance à l'échantillon, faute d'outil permettant l'arrêt automatique du questionnaire en cas de non-correspondance. Nous avons donc gardé **165 réponses** respectant tous les critères d'inclusion afin de procéder à l'analyse. Nous ne pouvons pas conclure à une représentativité de la population générale des orthophonistes français·e·s exerçant en libéral car notre échantillon n'est pas suffisamment grand (Annexe n°9).

Toutefois, nous avons recueilli plusieurs informations afin de construire un profil général des participant·e·s. Nous ne disposons pas de leur âge ou de leur genre car nous avons souhaité limiter la collecte de données indirectement identifiantes (Ragot, 2022). Nous avons néanmoins questionné les participant·e·s sur leur mode d'exercice. 91,5 % des répondant·e·s travaillent en libéral exclusivement et 8,5 % pratiquent l'exercice mixte.

Nous avons également recueilli leur région d'exercice.

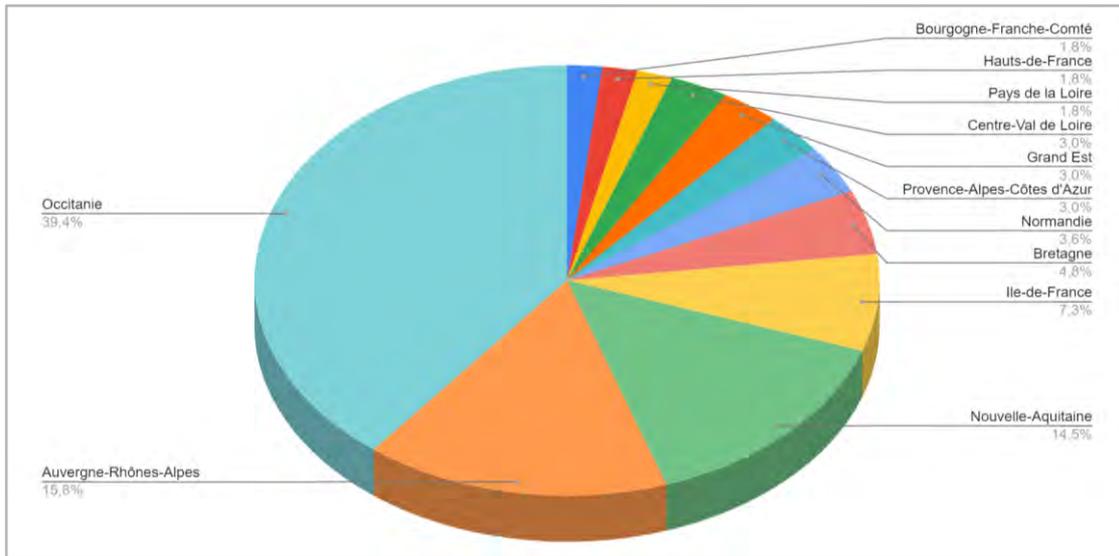


Figure 1 : Répartition des régions d'exercice des répondant-e-s

Puis, nous leur avons demandé d'indiquer l'année d'obtention du diplôme d'orthophonie. Nous les avons réparties par décennies afin de faciliter la présentation des résultats et de réduire le traitement de données indirectement identifiantes. Nous avons également questionné les participant-e-s sur leur ville de formation.

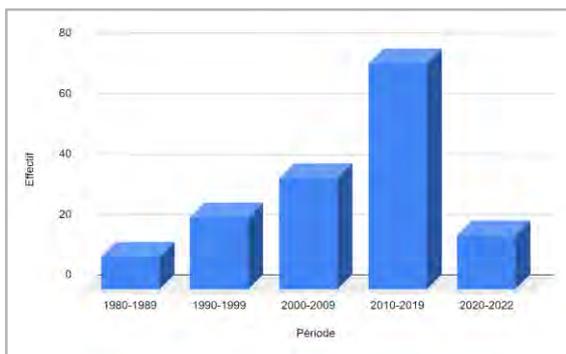


Figure 2 : Répartition des années d'obtention du diplôme des répondant-e-s

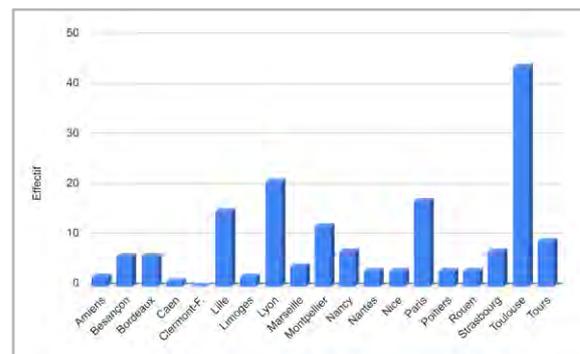
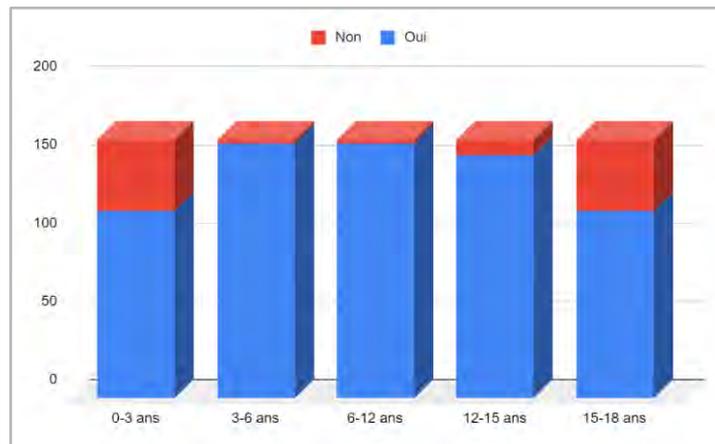


Figure 3 : Répartition des CFUO des répondant-e-s

Ensuite, nous avons souhaité recueillir des informations sur la patientèle des orthophonistes interrogé-e-s. **83,6 %** des répondant-e-s accueillent une patientèle composée en majorité d'enfants tandis que 12,2 % accueillent autant d'enfants que d'adultes et 4,2 % accueillent davantage d'adultes.

Nous avons aussi questionné les participant-e-s sur la répartition des âges des enfants de leur patientèle. Nous avons établi des tranches d'âge afin de faciliter l'analyse. Nous avons choisi de nous baser sur des équivalents d'âges des différentes étapes de développement et scolaires.



*Figure 4 : Répartition des âges des patient·e·s mineur·e·s dans les patientèles*

Nous avons interrogé les participant·e·s sur la fréquence des séances effectuées au domicile de patient·e·s mineur·e·s :

- 82,4 % n'en font jamais ;
- 15,2 % en font rarement ;
- 1,2 % en font parfois ;
- 1,2 % en font souvent.

Une fois le profil des répondant·e·s établi, nous avons pu investiguer les hypothèses.

## 2. Hypothèse H1

### 2.a. Connaissance des formes de maltraitance (H1.a)

Nous avons d'abord demandé aux participant·e·s de lister les différentes formes de maltraitance infantile. Nous attendions les termes suivants : physique, psychologique, sexuelle, négligence et violences conjugales. Toutefois, nous avons accepté les synonymes suivants :

- Pour la maltraitance ou violence physique : atteinte physique ou atteinte corporelle ;
- Pour la maltraitance ou violence psychologique : psychique, mentale, émotionnelle, morale ;
- Pour la maltraitance ou violence sexuelle : abus sexuel, sévices sexuels, inceste ;
- Pour la négligence : carence, manque, privation, défaut, incurie, absence, non respect des besoins de l'enfant ;
- Pour les violences conjugales : coups sur un proche, exposition à des scènes de violences, spectateur.ice de violences exercées sur autrui, violences économiques.

Les réponses sont consultables en Annexe n°5c.

	Physique	Psychologique	Négligence	Sexuelle	Conjugale
Effectifs	154	134	99	92	4
Pourcentages	93,3 %	81,2 %	60 %	55,8 %	2,4 %

*Tableau 1 : Proportion de répondant-e-s ayant cité chaque forme de maltraitance infantile*

Du fait de la sous-représentation des violences conjugales dans les réponses, nous nous intéressons davantage aux quatre autres formes de maltraitance. 28,5 % des répondant-e-s sont capables de citer ces quatre formes simultanément et 1,8 % ne souhaitent pas répondre, ce qui signifie que **69,7 %** des participant-e-s oublient de citer une ou plusieurs de ces quatre formes. Parmi les participant-e-s qui citent les quatre formes, **42,6 %** utilisent un euphémisme, décrivent un acte sans citer la forme correspondante ou font un amalgame entre plusieurs formes. De plus, 3,6 % des répondant-e-s ne citent qu'une forme de maltraitance, 23,6 % en citent deux et 41,8 % en citent trois. Dans ces trois cas, la forme la plus souvent oubliée est la violence sexuelle.

Il y a 4,8 % des orthophonistes interrogé-e-s qui semblent faire écho aux VEO. La violence verbale est citée par 25,5 % des participant-e-s mais nous ne la comptabilisons pas comme synonyme de violence psychologique car elle est souvent citée en supplément du terme "psychologique". Les deux termes semblent donc perçus comme différents.

Autres données importantes :

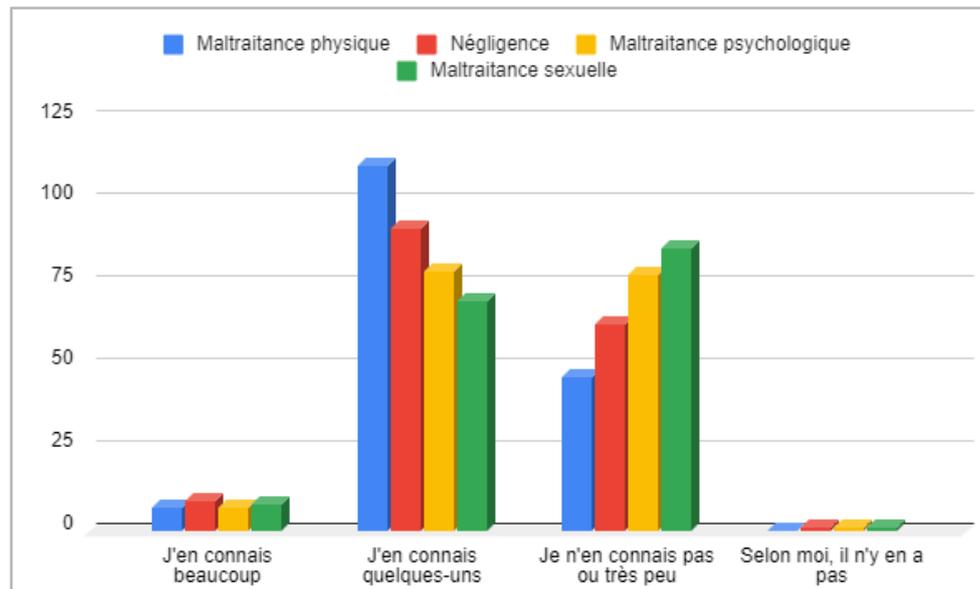
- Les euphémismes les plus fréquents concernent la maltraitance physique avec "coups" ou "enfant battu" puis la violence sexuelle avec "attouchements" ;
- Les amalgames concernent plus fréquemment la négligence qui englobe maltraitance physique et/ou psychologique pour 3 % des orthophonistes interrogé-e-s ;
- La maltraitance psychologique est la forme pour laquelle les répondant-e-s utilisent le plus d'exemples sans la nommer clairement ("brimades", "humiliations", etc.) ;
- Les formes pour lesquelles les participant-e-s utilisent le plus de synonymes sont la négligence et la maltraitance psychologique.

Nous avons ensuite questionné la prise en compte des violences conjugales dans la notion de maltraitance infantile. Nous remarquons d'ailleurs leur sous-représentation dans les réponses à la question précédente. **13,9 %** des orthophonistes interrogé-e-s connaissent le statut de l'enfant covictime des violences conjugales. 60,6 % n'en ont pas entendu parler et 25,5 % en sont informé-e-s mais ne se sentent pas à l'aise avec cette notion.

## 2.b. Connaissance des signes observables (H1.b)

Nous avons choisi d'interroger les orthophonistes sur les signes de maltraitance physique, psychologique, sexuelle et de négligence en anticipant le fait que peu d'orthophonistes connaîtraient le statut de covictime des violences conjugales. De plus, les signes d'exposition aux violences conjugales sont souvent communs aux signes de maltraitance infantile (Fortin, 2009).

Nous avons d'abord demandé aux participant-e-s d'évaluer leurs propres connaissances des signes de maltraitance infantile observables chez l'enfant, selon les formes indiquées. En moyenne, 53,4 % des répondantes déclarent connaître quelques signes de maltraitance, toutes formes confondues, et **41,5 %** déclarent ne pas en connaître ou très peu. Il y a très peu d'orthophonistes qui déclarent en connaître beaucoup (4,7 %). De plus, 0,6 % des participant-e-s considèrent qu'il n'y a pas de signes observables de maltraitance psychologique, sexuelle ou de négligence.



*Figure 5 : Autoévaluation des connaissances des signes de maltraitance chez l'enfant*

En ce qui concerne les signes observables chez l'auteur-e des actes, 1,8 % des orthophonistes interrogé-e-s considèrent qu'il n'en existe pas tandis que 3,6 % déclarent en connaître beaucoup, 23,6 % en connaissent quelques-uns et **71 %** disent ne pas les connaître ou très peu.

Ensuite, nous avons souhaité tester les connaissances des orthophonistes. Pour cela, nous avons utilisé les signes présentés par la HAS (2017) qui tient compte des signes comportementaux. Nous avons donc demandé aux répondant-e-s d'indiquer les signes observables chez l'enfant victime et chez l'auteur-e des violences qu'ils connaissaient. Nous n'avons pas inclus les signes de violence sexuelle dans la liste car ils sont traités différemment par la HAS (2017).

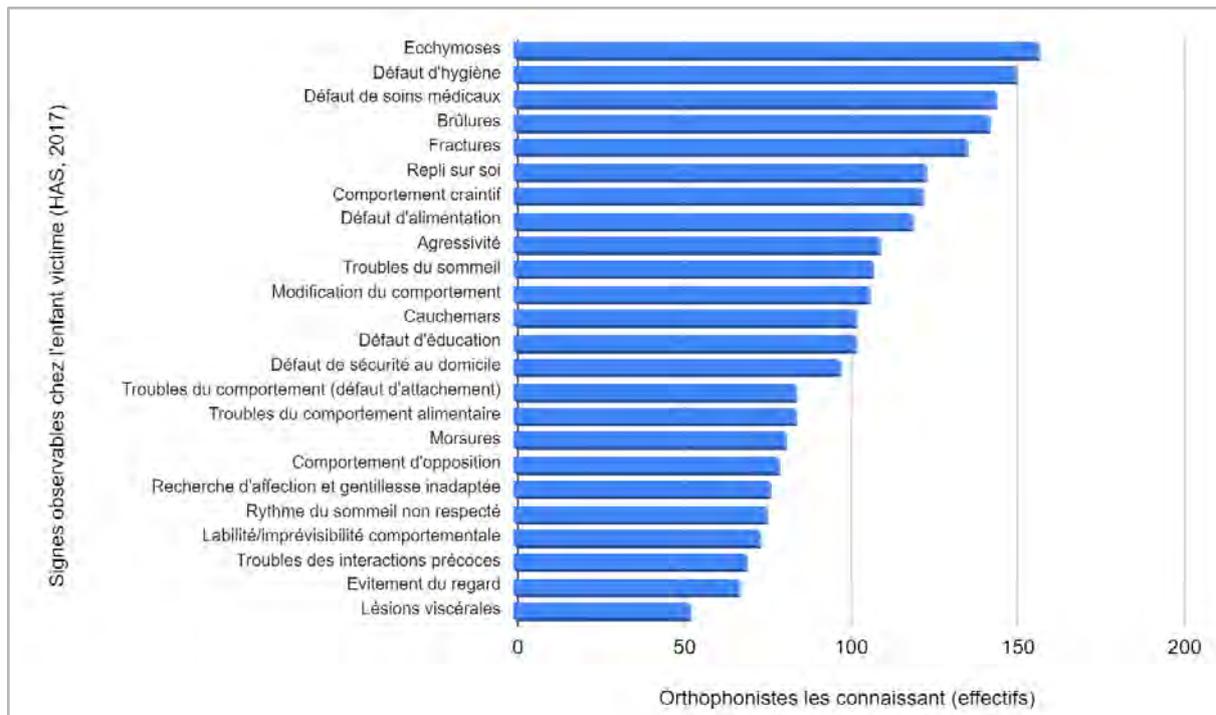


Figure 6 : Signes de maltraitance infantile chez l'enfant connus par les répondant-e-s

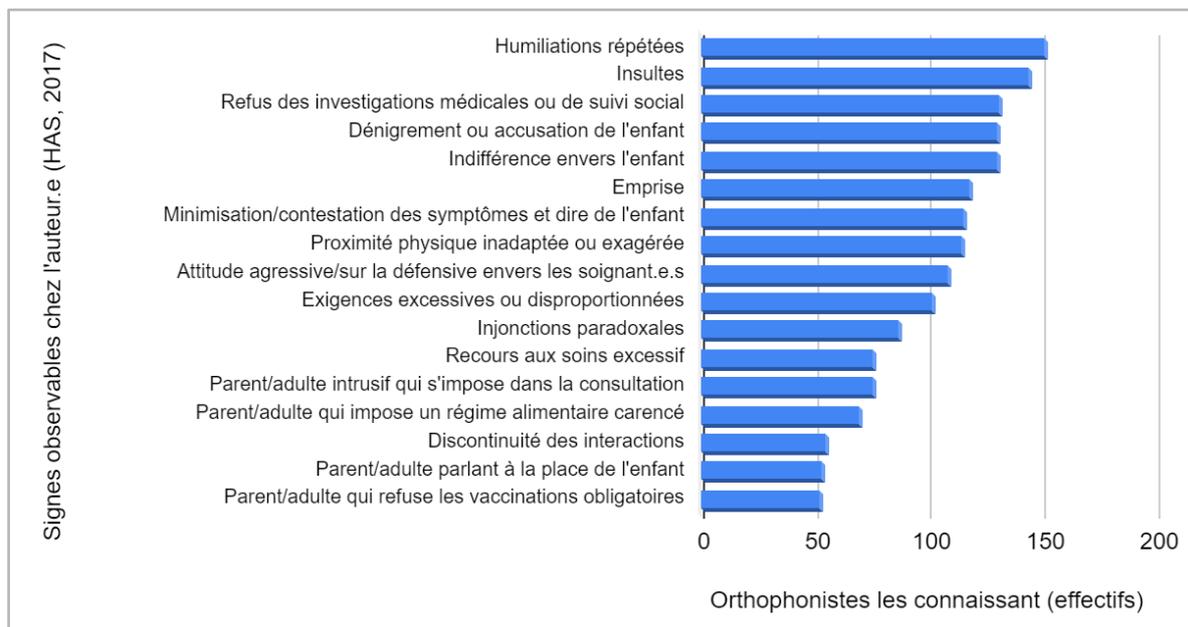


Figure 7 : Signes de maltraitance infantile chez l'auteur-e connus par les répondant-e-s

Les participant-e-s ont eu la possibilité d'ajouter des signes à ceux de la HAS en se basant sur leurs propres connaissances et expériences (Annexes n°5d et n°5e). 12 % des répondant-e-s ajoutent des signes observables chez l'enfant et 3,6 % en ajoutent chez l'auteur-e. Dans l'ensemble, nous remarquons que leurs réponses correspondent aux signes présentés par la HAS ou qu'elles les complètent. Les répondant-e-s détaillent principalement des troubles du comportement ou des conduites observables chez l'enfant victime.

## 3. Hypothèse H2

### 3.a. Démarches d'actualisation des connaissances (H2.a)

Nous avons souhaité connaître les démarches entreprises par les orthophonistes pour actualiser leurs connaissances sur la maltraitance infantile. Nous les avons d'abord questionné-e-s sur les recherches d'informations. **84,2 %** des répondant-e-s ont déjà effectué au moins une recherche sur la maltraitance. Nous avons choisi de distinguer plusieurs aspects de la maltraitance infantile afin de savoir lesquels constituent une grande source de questionnements chez les participant-e-s.

Thèmes	Définition	Formes	Signes	Conduites	Signalement	Autre
Effectifs	63 (38,2 %)	68 (41,2 %)	<b>104 (63 %)</b>	<b>131 (79,4 %)</b>	<b>126 (76,4 %)</b>	29 (17,6 %)

*Tableau 2 : Recherches entreprises par les participant-e-s sur la maltraitance infantile*

Les aspects de la maltraitance infantile sur lesquels les orthophonistes se sont également renseigné-e-s sont : la prévention ; l'ouverture du dialogue sur le sujet ; des documents, histoires et supports à présenter aux parents et à l'enfant ; des informations à donner à l'adolescent pour l'aider dans son émancipation et celle de sa fratrie ; le lien entre vulnérabilité et développement du langage et les violences conjugales (Annexe n°5f).

Par ailleurs, nous avons souhaité connaître les ressources utilisées lors des recherches.

Ressources	Recherche en ligne	Question à un-e pair-e	Structure dédiée	Réseau social	Autre ressource
Thèmes					
Définition	<u>52</u>	16	12	5	6
Formes	<u>47</u>	25	13	9	7
Signes	<u>55</u>	49	27	13	11
CAT	67	<u>75</u>	44	28	17
Signalement	<u>75</u>	65	42	27	14
Autre thème	<u>15</u>	9	7	4	7

*Tableau 3 : Répartition des modalités de recherche utilisées en fonction du thème*

Les autres ressources utilisées par les orthophonistes interrogé-e-s sont les podcasts, les supports de formation initiale et continue, le partenariat avec d'autres professionnel-le-s et les protocoles mis en place en structure incluant des personnes ressources (Annexe n°5f).

Puis, nous avons questionné les démarches de formation. **6,1 %** des participant-e-s ont déjà suivi une formation continue sur la maltraitance infantile et/ou les violences. Nous avons ensuite questionné leur volonté de s'inscrire à une formation afin de mettre à jour leurs connaissances. **40 %** des répondant-e-s envisagent de suivre une formation sur la maltraitance infantile, 43 % ne savent pas et 17 % indiquent ne pas l'envisager. De plus, nous remarquons que la moitié des participant-e-s ayant déjà suivi une formation indiquent envisager d'en suivre une à nouveau (Annexe n°6a).

### 3.b. Sentiment d'incapacité à repérer et réagir (H2.b)

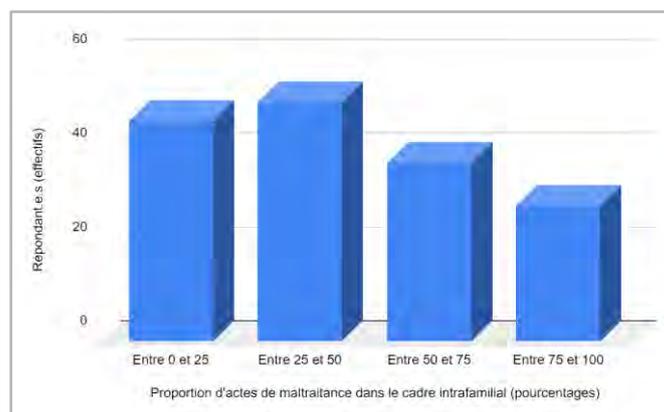
Nous avons interrogé les participant-e-s à propos de leur capacité à repérer les signes de maltraitance infantile. 20 % des participant-e-s se sentent en capacité de repérer un cas de maltraitance infantile parmi leur patientèle tandis que 37,6 % ne se sentent pas en capacité et 42,4 % indiquent ne pas savoir répondre. Il y a donc **80 %** des répondant-e-s qui ne déclarent pas se sentir capables de repérer. Nous avons ensuite demandé aux répondant-e-s d'estimer leur capacité à réagir face à un cas suspecté de maltraitance infantile dans leur patientèle. 40,6 % se déclarent capables de réagir en cas de constatation de signes et/ou de révélations de la part d'un-e patient-e, 37,6 % ne s'en sentent pas capables et 21,8 % ne savent pas répondre. Il y a donc **59,4 %** des participant-e-s qui ne déclarent pas se sentir capables de réagir face à des signes et/ou des révélations.

Après avoir étudié les réponses aux questions portant sur nos hypothèses, nous avons étoffé ces résultats avec les données à visée exploratoire.

## 4. Dimension exploratoire

Nous avons demandé aux répondant-e-s de définir la maltraitance infantile en choisissant quatre mots-clefs afin de mieux visualiser leur perception du sujet que nous traitons (Annexe n°5b). **Les mots les plus fréquemment cités** sont : violence ; physique ; négligence ; psychologique ; souffrance ; coups ; violence verbale ; carences ; abus ; défaut de soin ; violence sexuelle ; peur ; silence et secret. Nous remarquons la sous-représentation de "enfant" ou "mineur-e" (4,2 % des répondant-e-s) ainsi que des conséquences sur son développement (3 %). Les VC sont évoquées par 0,6 % des participant-e-s. Les besoins fondamentaux de l'enfant ne sont pas cités. Par ailleurs, une partie des répondant-e-s commentent la maltraitance infantile mais ne la définissent pas.

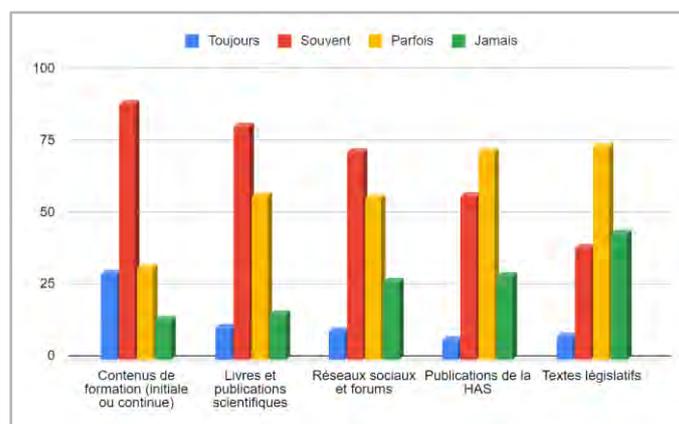
Puis, nous leur avons demandé d'estimer la proportion d'actes de maltraitance perpétrés dans le cadre intrafamilial. Pour rappel, cette proportion dépasse les 80 % (HAS, 2017).



*Figure 8 : Estimation de la proportion d'actes de maltraitance dans le cadre intrafamilial*

Nous avons également souhaité connaître l'avis des orthophonistes sur leur propre niveau de connaissance sur la maltraitance infantile. **80 %** des répondant·e·s considèrent que leurs connaissances sont insuffisantes tandis que 6,1 % les trouvent suffisantes et que 13,9 % ont indiqué ne pas savoir comment les qualifier. Nous avons donc souhaité savoir s'il existe un lien entre le ressenti des participant·e·s et l'envie de suivre une formation sur le sujet (Annexe n°6b). Parmi les 17 % de répondant·e·s qui n'envisagent pas de s'inscrire à une formation sur la maltraitance infantile : 60 % jugent leurs connaissances insuffisantes tandis que 21,4 % les jugent suffisantes. La part restante ne sait pas les qualifier. Par ailleurs, nous avons d'ailleurs pris connaissance des formations déjà effectuées par les répondant·e·s (Annexe n°5h). Nous constatons que les orthophonistes ont eu recours à différents organismes ou qu'ils ont organisé elleux-mêmes une formation.

Ensuite, nous avons interrogé les participant·e·s sur leurs préférences en termes de supports de mise à jour des connaissances, dans leur pratique générale.



*Figure 9 : Préférences en termes de supports d'actualisation des connaissances*

Nous avons souhaité recueillir des informations sur les expériences des répondant·e·s. Pour ces questions, nous avons indiqué aux orthophonistes exerçant en mixte de répondre en tenant compte de leur patientèle libérale seulement. Nous avons d'abord questionné le fait d'avoir suspecté un cas de maltraitance infantile dans sa patientèle. **67,9 %** des orthophonistes interrogé·e·s ont déjà suspecté un cas de maltraitance infantile chez un·e patient·e tandis que 25,4 % déclarent n'en avoir jamais suspecté et 6,7 % ne sont pas sûr·e·s.

Nous les avons ensuite interrogé·e·s sur les suites de ces suspicions. A cette question, 123 personnes ont répondu (74,6 % du total). Ces personnes sont celles qui ont déclaré avoir déjà eu des suspicions mais aussi celles qui ne sont pas sûres. Parmi elles :

- 26 % ont informé le médecin traitant de leurs suspicions ;
- 16,3 % ont effectué une information préoccupante ;
- 6,5 % ont effectué un signalement ;
- 37,4 % ont procédé autrement ;
- **13,8 %** n'ont rien fait.

Les répondant·e·s ayant procédé autrement ont pu préciser leur réponse (Annexe n°5a). Ainsi, nous avons pu identifier démarches suivantes : passer le relais à divers professionnel·le·s ; effectuer la transmission de l'information au médecin en parallèle d'un signalement et/ou d'une IP ; s'entretenir avec les parents ; se mettre en relation avec l'école ; appeler le 119 ou la CRIP. Parmi les personnes n'ayant pas encore entamé de démarches, plusieurs ont rapporté être en attente de signes plus nombreux ou plus graves car la situation actuelle les faisait hésiter. D'autres ont appris qu'il s'agissait d'un·e patient·e maltraité·e une fois les démarches entreprises par un·e tiers·ce.

En outre, nous avons interrogé les participant·e·s sur les raisons éventuelles du sentiment d'incapacité à repérer et/ou réagir face à des signes de maltraitance infantile.

- Le manque de formation sur le repérage est identifié par 72,1 % des répondant·e·s ;
- Le manque de formation sur les conduites à tenir est identifié par 72,1 % des répondant·e·s ;
- Le fait d'être seul·e face aux cas est identifié par 64,8 % des répondant·e·s ;
- 1,8 % des répondant·e·s considèrent que ce n'est pas à l'orthophoniste de repérer ;
- 2,4 % des répondant·e·s considèrent que ce n'est pas à l'orthophoniste de signaler ;
- 8,5 % des participant·e·s ne sont pas concerné·e·s par le sentiment d'incapacité.

Le manque de formation est cité par les répondant·e·s, qu'ils aient déjà eu des suspicions ou non (Annexe n°6c). Les orthophonistes ont également pu préciser leur réponse et ajouter d'autres raisons à celles que nous avons proposées en nous basant sur la littérature (Annexe n°5g).

Leurs réponses nous ont permis de dégager des thèmes dont la peur (3 occurrences), le doute ou l'incertitude (3 occurrences), les difficultés (2 occurrences) et la pression (1 occurrence). Nous remarquons également que plusieurs participant·e·s évoquent la nécessité de faire appel à des collègues. En outre, un·e orthophoniste précise avoir déjà signalé mais déplore les défauts du système de protection : « Le pb n'est pas de repérer, le pb est que les services sociaux et ou la gendarmerie ne sont pas à la hauteur des situations. »

De plus, les remarques et suggestions des répondant·e·s (Annexe n°5i) nous informent également de certaines des difficultés que les orthophonistes peuvent rencontrer dans leur pratique. A titre d'exemple, iels ont évoqué le fait d'être trop isolé·e en libéral, la peur des répercussions d'un signalement, le fait de ne pas être suffisamment formé·e et de ne pas toujours avoir accès à des formations sur le sujet des violences.

## DISCUSSION

### 1. Retour sur les hypothèses

#### 1.a. Hypothèse H1

**Hypothèse H1** : Il existe un besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral sur la maltraitance infantile.

**La sous-hypothèse H1.a** postulait que les orthophonistes ne connaissent pas suffisamment les formes de maltraitance infantile. Afin de la vérifier, nous avons demandé aux participant·e·s de les lister. Nous avons montré que 69,7 % des participant·e·s ne sont pas capables de citer simultanément les quatre formes de violences suivantes : physique, sexuelle, psychologique et négligence. L'analyse sémantique des termes employés par les répondant·e·s a révélé des connaissances imprécises ou partielles. A titre d'exemple, la maltraitance psychologique et la négligence sont les formes qui sont les plus citées par le biais de synonymes. Cela semble correspondre au fait que ces deux formes sont plus difficiles à identifier. En outre, nous remarquons que la violence sexuelle et la négligence sont plus souvent omises par les orthophonistes interrogé·e·s que les autres formes. Nous avons vu plus tôt que les violences sexuelles sont marquées par le tabou et que la négligence est davantage sous-estimée que les autres formes de maltraitance infantile. Nous pouvons donc supposer que les connaissances des orthophonistes sur les formes de maltraitance infantile sont soumises aux mêmes biais que la population générale.

A propos des violences conjugales, nous avons remarqué une grande sous-représentation dans les réponses ainsi que l'emploi de termes imprécis. Par ailleurs, nous avons questionné la connaissance du statut de covictime des violences conjugales. Seulement 13,9 % des orthophonistes interrogé·e·s connaissent le statut de l'enfant covictime des violences conjugales. L'ajout de ce statut dans la loi étant récent, nous supposons que les orthophonistes interrogé·e·s n'envisagent pas ces violences au même titre que les autres formes de maltraitance. D'ailleurs, les violences conjugales subissent la banalisation et la sous-estimation, au même titre que la maltraitance infantile. Or, il est important d'inclure les VC dans la maltraitance infantile et, inversement, penser à protéger et prendre en charge les enfants lorsqu'on identifie une mère comme étant victime de VC.

Les résultats s'accordent avec la **sous-hypothèse H1.a** : les répondant·e·s ne connaissent pas suffisamment toutes les formes de maltraitance infantile.

**La sous-hypothèse H1.b** postulait que les orthophonistes ne connaissent pas suffisamment les signes de maltraitance infantile. Pour la vérifier, nous avons demandé aux participant·e·s d'évaluer leurs propres connaissances puis nous avons testé ces dernières en nous basant sur les signes listés par la HAS (2017). Les participant·e·s ont aussi eu la possibilité de compléter les signes présentés avec leurs propres expériences. L'autoévaluation des connaissances révèle que la majorité des répondant·e·s déclarent ne pas connaître tous les signes de maltraitance, quelle que soit la forme concernée. En outre, il existe une petite minorité qui pense qu'il n'existe pas de signes observables. Nous remarquons également une différence selon les formes de maltraitance infantile. En effet, les participant·e·s pensent connaître davantage de signes de maltraitance physique que de signes d'autres formes. A ce propos, les lésions de la peau comme les ecchymoses ou hématomes concernent plus de 90% des enfants maltraités (Tisseron et al., 2013), ce qui pourrait expliquer ce décalage. Nous constatons également que la majorité des orthophonistes interrogé·e·s disent ne pas connaître les signes observables chez l'auteur·e des violences. Or, il est important d'être vigilant·e au comportement de l'entourage des patient·e·s car il peut être indicateur de maltraitance, d'autant plus que plus de 80 % des actes sont perpétrés dans le cadre intrafamilial (HAS, 2017).

Ensuite, le test des connaissances des signes listés par la HAS (2017) nous montre que tous ne sont pas autant reconnus comme signes de maltraitance infantile. Nous remarquons que les signes physiques ainsi que les signes de négligences sont connus par davantage de participant·e·s, ce qui concorde avec l'autoévaluation des connaissances. En outre, les signes comportementaux semblent moins reconnus. Or, certains ne sont pas spécifiques de la maltraitance et peuvent être attribués à des troubles du langage et de la communication par exemple. Cela nous indique que les orthophonistes, spécialistes de ces troubles, ne savent pas forcément que ces signes peuvent être

expliqués par la maltraitance. Ainsi, iels n'envisagent pas forcément la maltraitance face à certain-e-s patient-e-s qui pourraient la subir. A titre d'exemple, "l'évitement du regard" ou "les troubles des interactions précoces" ainsi que la "discontinuité des échanges" entre l'adulte et l'enfant sont parmi les signes les moins reconnus par les orthophonistes interrogé-e-s. De plus, nous savons que la prévalence des troubles du langage augmente avec la maltraitance. Il est donc nécessaire de sensibiliser les orthophonistes à ce sujet. En outre, une minorité de répondant-e-s ont complété la liste des signes de maltraitance infantile présentée par la HAS (2017) en puisant dans leurs expériences. La plupart des réponses sont des descriptions de troubles du comportement et/ou conduites, ce qui semble indiquer qu'une partie des orthophonistes interrogé-e-s sont sensibles à ces signes malgré le fait qu'ils ne soient pas uniquement attribuables à la maltraitance infantile. En outre, les résultats étant moins marqués que pour l'hypothèse H1.a, est-il possible de détenir une connaissance suffisante des signes sans pour autant maîtriser les formes de violence ?

En somme, les éléments recueillis indiquent que les orthophonistes interrogé-e-s détiennent des connaissances partielles et variables sur les signes de maltraitance infantile. Par ailleurs, iels semblent manquer de confiance en leurs connaissances de ces signes. Ainsi, nous constatons une tendance qui concorde avec la **sous-hypothèse H1.b** : les répondant-e-s ne connaissent pas suffisamment les signes de maltraitance infantile.

**Conclusion sur l'hypothèse H1** : L'hypothèse H1 est vérifiée sur notre échantillon. En effet, il existe un besoin d'actualisation des connaissances des répondant-e-s sur la maltraitance infantile. Toutefois, l'hypothèse H1 ne peut pas être validée car l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des orthophonistes libéraux-ales.

## 1.b. Hypothèse H2

**Hypothèse H2** : Les orthophonistes exerçant en libéral perçoivent un besoin de réactualisation de leurs connaissances sur la maltraitance infantile.

**La sous-hypothèse H2.a** postulait que les orthophonistes entament des démarches pour actualiser leurs connaissances sur la maltraitance infantile. Pour la vérifier nous avons choisi d'investiguer deux axes qui sont la recherche d'informations précises sur divers aspects de la maltraitance infantile ainsi que l'inscription à une formation continue en lien avec la maltraitance infantile. Premièrement, 84,2 % des répondant-e-s ont déjà effectué au moins une recherche d'informations sur la maltraitance infantile. Nous remarquons que les recherches effectuées portent davantage sur les signes de maltraitance, les CAT et le signalement, ce qui indique que le besoin

d'actualisation des connaissances ressenti par les orthophonistes interrogé·e·s porte davantage sur ces aspects. Pourtant, nous avons montré que les répondant·e·s ne connaissaient pas bien les différentes formes de maltraitance infantile, aspect moins recherché par les participant·e·s. Ce décalage nous interroge d'autant plus que nous savons que certaines formes de maltraitance étaient davantage sous-estimées et/ou sous-repérées. Est-ce que les orthophonistes considèrent que leur niveau de connaissances des formes de violence est suffisant pour aborder les différentes situations rencontrées ? Selon nous, une meilleure connaissance des formes de maltraitance infantile implique la diminution de la banalisation de certains actes et participe donc à l'amélioration du repérage.

Ensuite, nous avons montré que 6,1 % des orthophonistes interrogé·e·s ont déjà suivi une formation continue sur le sujet, dont certaines organisées par les orthophonistes, et que 40 % des répondant·e·s envisagent de suivre une formation sur la maltraitance infantile. En outre, la moitié des participant·e·s ayant déjà suivi une formation indiquent envisager d'en suivre une à nouveau. Cela semble indiquer le besoin de mettre à jour régulièrement les connaissances. De plus, la prise de conscience de la complexité du phénomène des violences peut demander du temps avec, par exemple, la participation à plusieurs formations pour en comprendre les différents aspects et/ou plusieurs temps d'échanges permettant de répondre au besoin de parler ensemble de ce problème, d'autant plus que le sentiment d'isolement en libéral est très présent en libéral.

Ainsi, nous constatons chez les répondant·e·s une volonté de mieux maîtriser le sujet de la maltraitance par le biais de recherches d'informations, ce qui correspond à notre **sous-hypothèse H2.a**. Toutefois, la volonté de se former sur le sujet est moins marquée.

**La sous-hypothèse H2.b** postulait que les orthophonistes ne se sentent pas en capacité de repérer ou de réagir face à un cas de maltraitance infantile. Pour pouvoir la valider, nous avons directement interrogé les participant·e·s sur leur sentiment de capacité. Seulement 20 % des répondant·e·s se sentent capables d'identifier les signes de maltraitance infantile chez leurs patient·e·s et 40,6 % se sentent capables de réagir en cas de constatation de signes et/ou de révélations de la part d'un·e patient·e. Nous remarquons qu'il y a davantage d'orthophonistes interrogé·e·s qui se sentent capables d'agir une fois le repérage effectué ou les révélations accueillies. La littérature nous a appris que l'identification des victimes de violences est en effet difficile car elle est freinée par de multiples facteurs. Certains d'entre eux apparaissent d'ailleurs dans les réponses. Toutefois, ce décalage entre le sentiment de capacité à réagir et celui de capacité à reconnaître les signes nous interroge. En effet, les orthophonistes, sachant peu repérer, n'auront pas l'utilité de leurs connaissances sur les conduites à tenir s'ils n'identifient pas suffisamment les signes de maltraitance chez leurs patient·e·s.

Nous constatons qu'une minorité de répondant·e·s se sentent en capacité de repérer la maltraitance infantile et de réagir en fonction de leurs constatations, ce qui correspond à la **sous-hypothèse H2.b**.

**Conclusion sur l'hypothèse H2** : L'hypothèse H2 est vérifiée sur notre échantillon. Les participant·e·s ressentent un besoin d'actualisation de leurs connaissances sur la maltraitance infantile. En effet, iels ne se sentent pas suffisamment en capacité de repérer un cas de maltraitance parmi leur patientèle ou de réagir en fonction de constatations et/ou de révélations de la part d'un·e patient·e. Pour remédier à cela, iels entament des démarches pour s'informer à propos de la maltraitance infantile. Toutefois, l'hypothèse H2 n'est pas validée car l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale des orthophonistes libéraux·ales.

## 2. Biais et limites de l'étude

Le sujet étant d'actualité, nous avons dû cibler notre problématique en choisissant d'étudier certains éléments au détriment des autres. En effet, nous avons veillé à ne pas nous disperser pour éviter de diffuser un questionnaire trop long et décourageant pour les participant·e·s. Ainsi, le nombre réduit de facteurs étudiés au travers des questions est une des limites de notre étude car nous avons mis de côté certains éléments qu'il serait intéressant d'envisager pour mieux comprendre le fonctionnement des orthophonistes interrogé·e·s. Par exemple, nous aurions pu les interroger sur les contenus dispensés lors de leur formation initiale ou sur leurs domaines d'expertise. Néanmoins, le choix de notre problématique a pu complexifier la construction du questionnaire. En effet, nous avons estimé que le fait de questionner uniquement le ressenti des orthophonistes sur un éventuel besoin d'actualisation des connaissances était limité. Il nous a paru important de montrer que ces connaissances n'étaient pas suffisantes également. Dès lors, la prise en compte de ces deux dimensions a augmenté le nombre de questions envisagées, ce qui a rendu difficile le choix des plus pertinentes. En outre, la complexité et la pluralité des situations de maltraitance infantile entravent l'élaboration d'un questionnaire sensible à toutes les expériences des participant·e·s.

Ensuite, nous tenons compte du biais de sélection (Borel et al., 2022) dans le choix de la population. En effet, les orthophonistes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire sont sûrement des personnes relativement sensibles au sujet de la maltraitance, ce qui peut fausser l'analyse avec l'obtention de résultats différents de la réalité. De plus, il est possible que nos questions portant sur l'état des connaissances des répondant·e·s aient quelque peu influencé le ressenti des orthophonistes sur le besoin de les actualiser.

Nous avons décidé d'intégrer l'aspect qualitatif à notre questionnaire en posant plusieurs questions ouvertes. Néanmoins, ces questions peuvent décourager les participant·e·s. Par exemple, les questions n°10 et n°11 ont pu être perçues comme redondantes. Pour réduire l'effet de longueur d'un grand nombre de questions ouvertes, nous avons choisi d'explorer certains aspects avec des questions fermées, au risque d'orienter quelque peu les réponses. A titre d'exemple, nous avons utilisé les signes présentés par la HAS (2017) afin d'investiguer la sous-hypothèse H1.b. Toutefois, ce document ne s'adressant pas directement aux orthophonistes, nous pouvons supposer qu'une partie des participant·e·s n'en ont pas pris connaissance. Dès lors, ne disposant pas de la proportion de répondant·e·s connaissant ce document, nous ne maîtrisons pas la variabilité que cet élément peut induire dans les réponses.

Les modalités de réponse peuvent aussi constituer une des limites de notre étude. En effet, nous avons choisi de proposer la réponse "Je ne sais pas" à plusieurs reprises pour permettre aux orthophonistes interrogé·e·s d'exprimer leurs doutes car le pré-test avait fait émerger un besoin de nuancer certains ressentis. Or, nous constatons que, si les réponses possibles étaient "Oui/Non/Je ne sais pas", une grande proportion de participant·e·s répondent "Je ne sais pas". Cela nous empêche de dégager une tendance de réponse tranchée, notamment dans l'analyse croisée. Nous aurions donc pu proposer des réponses en nombre pair, ce qui permet d'éviter une position de réponse neutre. Cette position de réponse est critiquée car elle peut servir de refuge aux participant·e·s (de Singly, 2020). Pour éviter des propositions de réponses trop binaires "Oui/Non", nous aurions pu proposer des échelles à support sémantique avec un nombre pair de propositions de réponse.

Par ailleurs, nous envisageons la possibilité que la question n°18, portant sur la proportion d'actes de maltraitance ayant lieu dans le cadre intrafamilial, ait été mal interprétée par une partie des participant·e·s. En effet, la sous-estimation de cette proportion nous semble démesurée.

Concernant l'exploitation des données, nous tenons compte du biais de confirmation qui consiste à analyser en priorité celles qui sont favorables à la validation de nos hypothèses (Borel et al., 2022), ce que nous avons pu faire malgré nous en discutant davantage des sous-hypothèses pour lesquelles les résultats sont plus marqués.

Enfin, nous pensons que l'échantillon que nous avons interrogé constitue une limite de notre étude car il n'est pas représentatif de la population cible. Il n'est pas non plus constitué aléatoirement, ce qui est recommandé pour pouvoir faire de l'inférence avec des outils statistiques. Sur un échantillon plus robuste, nous aurions pu utiliser différents outils statistiques, comme le  $\chi^2$ , et éventuellement étendre nos observations à la population générale des orthophonistes libéraux·ales.

### 3. Perspectives

#### **Axes d'amélioration des connaissances des orthophonistes**

Nous avons montré que les connaissances des répondant-e-s sur les formes de maltraitance infantile ainsi que leurs signes doivent être complétées et mises à jour. A ce propos, il est nécessaire de permettre aux orthophonistes d'associer les violences conjugales à la maltraitance infantile. De plus, le besoin d'actualisation semble également concerner la définition de la maltraitance infantile et la proportion des actes de maltraitance perpétrés dans le cadre intrafamilial.

Les démarches entreprises par les orthophonistes interrogé-e-s pour mettre à jour leurs connaissances nous confirment l'existence d'un besoin. Leurs recherches portent majoritairement sur les signes de maltraitance ou les conduites à tenir. Toutefois, nous avons montré que la majorité des répondant-e-s ne connaissent pas le statut de covictime des violences conjugales. De plus, nous remarquons que les textes législatifs constituent la source d'information la moins utilisée par les participant-e-s. Or, dans ce domaine, il est important d'en prendre connaissance. Il nous semble donc primordial d'intégrer ces textes dans les processus d'actualisation des connaissances des orthophonistes. Ces constats sont appuyés par les suggestions des répondant-e-s (Annexe n°5i).

Nous avons d'ailleurs recueilli des indices sur les modalités d'actualisation des connaissances qui pourraient convenir aux orthophonistes. Les sources les plus utilisées pour s'informer sur la maltraitance infantile sont les recherches en ligne et les questions à des pair-e-s. La formation continue est aussi un moyen utilisé par les participant-e-s pour répondre à leurs besoins. Nous remarquons que la question à un-e pair-e est la modalité la plus utilisée par les participant-e-s pour s'informer à propos des conduites à tenir face à un cas de maltraitance infantile, ce qui semble indiquer le besoin d'obtenir une information concrète de la part d'une personne faisant face aux mêmes difficultés. Néanmoins, nous avons montré que les connaissances des orthophonistes interrogé-e-s sont insuffisantes et parfois erronées. Ainsi, elles ne constituent pas une source fiable.

Dans la pratique générale, les participant-e-s utilisent préférentiellement leurs contenus de formations pour rechercher des renseignements. Il est donc important et adapté de proposer davantage de sensibilisation dès la formation initiale, en parallèle de la mise à disposition d'outils de formation continue. En outre, les orthophonistes interrogé-e-s ont ajouté des suggestions comme la création de plaquettes récapitulatives ou d'affiches ainsi que la diffusion d'informations sur diverses ressources comme les organismes de formation. Selon nous, il est nécessaire de tenir compte du caractère évolutif des recommandations sur la prévention et le repérage des violences dans la conception d'un outil de sensibilisation.

## **Points positifs mis en évidence**

Bien qu'il existe un besoin d'actualisation des connaissances, nous avons remarqué plusieurs éléments positifs. Tout d'abord, les orthophonistes interrogé·e·s semblent détenir une base de savoirs et d'expériences à propos de la maltraitance infantile. Par ailleurs, le ressenti des participant·e·s sur leurs propres connaissances semble correspondre au besoin d'actualisation que nous avons montré. En effet, 80 % des répondant·e·s considèrent que leurs connaissances sur la maltraitance infantile sont insuffisantes et la plupart entament des démarches pour actualiser ou vérifier leurs connaissances sur la maltraitance infantile. Cela semble indiquer une volonté de participer au processus de repérage et de protection des enfants concernés. En outre, malgré la conscience du besoin d'actualisation des connaissances, la grande majorité des orthophonistes interrogé·e·s agissent quand iels ont des suspicions. Selon nous, cela confirme la légitimité des orthophonistes dans le processus d'identification et de protection des enfants maltraités.

## **Pistes explicatives esquissées avec la dimension exploratoire**

En premier lieu, la majorité des participant·e·s ont déjà suspecté au moins un cas de maltraitance infantile dans leur patientèle, ce qui fait écho aux chiffres estimés des violences. Nous insistons donc sur le fait que les orthophonistes doivent prendre conscience qu'iels y seront confronté·e·s au cours de leur pratique. En revanche, nous nous interrogeons sur le fait qu'un quart des répondant·e·s déclarent n'avoir jamais décelé de signes de maltraitance. Notre échantillon comporte une grande part de diplômé·e·s récent·e·s, peut-être que ces orthophonistes n'ont pas encore eu le réflexe d'envisager la maltraitance infantile à propos de leurs patient·e·s ? Toutefois, cette absence de suspicion ne concerne pas que les jeunes diplômé·e·s : « En plus de 30 ans d'exercice, je n'ai pas rencontré de cas de maltraitance infantile. Je n'ai peut-être pas su les voir! »

Il est également possible que le manque de connaissances que nous avons montré constitue une explication. Les orthophonistes n'ont peut-être pas su repérer les signes ou les associer aux violences. Par exemple, il est particulièrement difficile d'envisager la maltraitance face à des enfants de 0 à 3 ans, très vulnérables, ainsi que les 15-18 ans (Thellier et al., 2013). Cependant, ces deux tranches d'âge sont moins présent·e·s dans les patientèles des participant·e·s. Il serait donc intéressant d'en savoir davantage sur les représentations précises que se font les orthophonistes de la maltraitance infantile afin de mieux comprendre les défauts de repérage au sein des pratiques orthophoniques. Par exemple, pour un acte de violence précis, quel degré de gravité les fait envisager la maltraitance ? Qu'est-ce qui les fait douter ?

A ce propos, nous avons remarqué qu'une part non négligeable des répondant·e·s ne font pas part de leurs doutes face à un·e patient·e car iels attendent de constater davantage de signes ou des signes plus graves. Nous tenons à rappeler que la HAS (2017) recommande de procéder à une réflexion collégiale ou de contacter la CRIP. Elle indique également les modalités pour faire part de ses soupçons, selon le niveau de danger pour l'enfant. En outre, une partie des participant·e·s a indiqué avoir transmis l'information à un·e collègue ou à un·e personnel·le de l'établissement scolaire de l'enfant pour lequel il y avait une suspicion. Nous avons supposé que ces répondant·e·s étaient plus à l'aise avec le fait de passer le relais à un·e autre professionnel·le. Est-ce seulement le résultat de nombreux doutes ou le signe d'un sentiment d'illégitimité chez les orthophonistes ?

Nous nous demandons également si le fait de n'effectuer que très peu de séances à domicile favorise la minimisation des cas de maltraitance dans leur patientèle. Est-ce que les orthophonistes considèrent les signes de maltraitance comme davantage visibles à domicile ? Par ailleurs, la proportion d'actes ayant lieu dans le cadre intrafamilial est sous-estimée par les orthophonistes interrogé·e·s et les signes observables chez l'auteur·e des violences sont méconnus. Or, les orthophonistes libéraux·ales sont régulièrement en contact avec l'entourage, en séance ou dans la salle d'attente. Selon nous, ces lacunes causent un défaut de vigilance chez les orthophonistes. En outre, iels n'ont pas suffisamment conscience de la nécessité d'envisager le repérage des violences faites aux enfants de façon systématique. Pour rappel, 10% des enfants en France seraient victimes de maltraitance (Tursz, 2013b). Cependant, la proportion d'enfants maltraités identifiés et protégés est bien moindre. En 2020, 308 000 enfants sur la France hors Mayotte ont bénéficié du système de protection de l'enfance (ONPE, 2022). Il est important de prendre conscience que les soignant·e·s, dont les orthophonistes, participent à la silenciation des violences. En effet, l'Ordre des médecins a estimé la part des signalements de maltraitance provenant du corps médical à 2 à 5 % (HAS, 2014b). De plus, l'orthophoniste est expert·e des troubles du langage oral. Ceux-ci étant majorés en cas de maltraitance, nous pensons qu'un repérage plus efficace des patient·e·s concerné·e·s permettrait une meilleure participation à la prévention des répercussions des violences faites aux enfants.

Toutefois, nous tenons compte des difficultés qui peuvent freiner les orthophonistes dans le repérage. Le manque de formation est la difficulté majoritairement identifiée par les participant·e·s. D'ailleurs, le manque de formation au repérage est ressenti chez les répondant·e·s qui ont été confronté·e·s à la maltraitance dans leur patientèle comme chez ceux qui déclarent n'avoir jamais eu de suspicions (Annexe n°6c). Ce manque nous pose question car il peut entraîner un sentiment d'incapacité voire la culpabilité de n'avoir pas su repérer ou réagir de façon adaptée (Annexe n°5g).

Peu de répondant·e·s ont déjà assisté à une formation continue sur la maltraitance. En outre, plusieurs participant·e·s ne prévoient pas d'en suivre une même s'ils jugent leurs connaissances insuffisantes. Plusieurs raisons sont avancées comme le manque de moyens, le choix de privilégier d'autres formations en début de carrière ou le manque d'offres de formations sur le sujet dans leur région (Annexe n°5i). Toutefois, nous rappelons qu'il existe des formations accessibles en distanciel, dont certaines sont gratuites. Il est également possible de faire appel à des associations (Annexe n°8). Parmi les difficultés, le sentiment de solitude en libéral est également évoqué. A ce sujet, la HAS (2017) souligne la nécessité de s'entourer pour les soignant·e·s qui se retrouvent dans des situations difficiles. C'est d'autant plus important que les soignant·e·s peuvent également souffrir d'un traumatisme vicariant lors de constatations d'actes de violences sur leurs patient·e·s ou lors de révélations de leur part (Romano, 2021). Par ailleurs, le sentiment de solitude est souvent associé à des craintes dont certaines sont indiquées par les répondant·e·s comme la peur de nuire à la relation thérapeutique. Or, l'orthophoniste peut devenir un·e tuteur·rice de résilience pour ses patient·e·s victimes de violences (Bokobza & Deldique, 2012). Nous pensons également que l'orthophoniste peut représenter une figure d'attachement pour ses patient·e·s, surtout quand l'attachement envers la figure parentale est insécure ou entravé. En outre, l'intérêt de l'enfant et sa protection priment sur le sentiment de culpabilité en cas d'arrêt du suivi après un signalement. La peur des représailles d'un signalement est aussi évoquée. Nous pensons qu'il faut prendre en considération que la majorité des orthophonistes sont des femmes et que la majorité des auteur·e·s de violences sont des hommes. De plus, même si cette raison est évoquée par une minorité de répondant·e·s, le manque de confiance éprouvé envers le système de protection de l'enfance est cité. En somme, les difficultés discutées dans ce mémoire correspondent à celles identifiées chez les médecins (Gréco, 2013) et chez les soignant·e·s en général (Vasseur, 2013).

Notre étude ayant ses limites, nous avons envisagé plusieurs axes à approfondir :

- Les connaissances des orthophonistes sur divers aspects de la maltraitance infantile non investigués dans ce mémoire ;
- Les adaptations de pratique des orthophonistes par rapport à leurs expériences en lien avec la maltraitance infantile ;
- Un état des lieux des contenus de formation initiale sur la maltraitance infantile dans les différents CFUO ainsi que des formations continues destinées aux orthophonistes ;
- La création d'un outil adapté aux besoins des orthophonistes.

Ces notions sont des recommandations pour la poursuite de cette étude mais il serait aussi justifié de la compléter en étendant cette enquête à un échantillon représentatif.

## CONCLUSION

La maltraitance infantile est un enjeu de santé publique majeur qui concernerait 10 % des enfants en France. Ses répercussions sur le développement et la santé de l'enfant sont nombreuses. Les soignant·e·s doivent participer activement à la protection de ces enfants. Parmi elleux, les orthophonistes présentent des spécificités de pratique propices au repérage. Cependant, les professionnel·le·s de santé exerçant en libéral sont davantage démun·e·s face aux cas de maltraitance infantile dans leur patientèle. En outre, plusieurs études sur les connaissances des soignant·e·s sur la maltraitance révèlent un besoin d'actualisation mais elles n'incluent pas les orthophonistes.

Notre étude avait pour but d'étudier les connaissances des orthophonistes libéraux·ales sur la maltraitance infantile et d'explorer leurs besoins au moyen d'un questionnaire. Cette enquête a permis de mettre en évidence des points encourageants. En effet, la grande majorité des orthophonistes interrogé·e·s ont conscience de la nécessité d'être formé·e·s sur le sujet. Malgré leur sous-représentation dans les recommandations, iels ont déjà su repérer au moins une situation de maltraitance dans leur patientèle et la plupart ont su réagir, même si c'est encore insuffisant. En outre, les résultats ont montré que les connaissances des orthophonistes sur la maltraitance doivent être complétées et actualisées. De plus, iels reconnaissent ce besoin, ce qui fait écho à nos hypothèses. En effet, le manque de formation participe grandement aux difficultés que les orthophonistes rencontrent face à la maltraitance infantile. Les contenus de formation initiale sont insuffisants et les offres de formations continues encore trop peu nombreuses. Or, il est crucial de donner aux orthophonistes l'accès à des informations détaillées ainsi que de les sensibiliser à la nécessité d'envisager plus souvent les violences faites aux enfants dans leur patientèle.

Il convient de souligner que les résultats obtenus doivent être pris en compte avec prudence car ils ne peuvent être étendus à l'ensemble des orthophonistes libéraux·ales de France. Néanmoins, l'étude présente un aperçu actuel des connaissances.

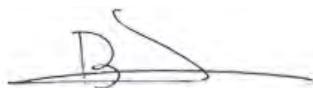
En conclusion, cette étude permet selon nous d'enclencher une prise de conscience individuelle et constitue un point de départ dans l'analyse des pratiques orthophoniques en termes de protection des enfants maltraités ou à risque. Elle permet également d'affirmer la légitimité des orthophonistes à prendre part à la protection de ces enfants. La présente étude mériterait d'être poursuivie de plusieurs manières : du recensement des adaptations de pratique des orthophonistes en matière de repérage à l'état des lieux des contenus de formations initiale et continue. Il s'agira également d'étendre nos observations à l'ensemble des orthophonistes libéraux·ales français·e·s.

## SIGNATURES

Etudiante



Directrice



Co-directrice



## BIBLIOGRAPHIE

Action enfance. (s. d.). *Où commence la maltraitance infantile ?* Action enfance. Consulté 23 janvier 2023, à l'adresse <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/ou-commence-la-maltraitance-infantile/>

Adamsbaum, C., Billette de Villemeur, T., Husson, B., Laurent-Vannier, A., Touré-Pellen, H., & Zerah, M. (2013). Chapitre 5. Lésions du cerveau et de la moelle. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 38-57). Lavoisier.  
<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0038>

Apter, G. (2021). La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sur l'enfant : État des lieux et perspectives. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 30(3), 90-97. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0090>

Assurance maladie. (2022a). *Activité globale et prescriptions*. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-et-etablissements-de-sante/activite-globale-prescriptions-professionnels-sante-liberaux>

Assurance maladie. (2022b). *Télé Santé : Conditions de réalisation, de facturation et aides à l'équipement du télésoin*. <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/telesante/telesoin>

Assurance maladie. (2022c, octobre 21). *Avenant 19 : Le point sur les nouvelles mesures de valorisation qui entrent en vigueur*. <https://www.ameli.fr/orthophoniste/actualites/avenant-19-le-point-sur-les-nouvelles-mesures-de-valorisation-qui-entrent-en-vigueur>

Assurance maladie. (2023). *Les structures de santé pluriprofessionnelles*.

<https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles>

Battaglia, M., & Sénécat, A. (2018, septembre 11). Education à la sexualité : La loi prévoit au moins trois séances d'information par an. *Le Monde.fr*.

[https://www.lemonde.fr/education/article/2018/09/11/education-a-la-sexualite-la-loi-prevoit-au-moins-trois-seances-d-information-par-an\\_5353440\\_1473685.html](https://www.lemonde.fr/education/article/2018/09/11/education-a-la-sexualite-la-loi-prevoit-au-moins-trois-seances-d-information-par-an_5353440_1473685.html)

Bellaïche, M., Jung, C., & Rey-Salmon, C. (2013). Chapitre 9. Agressions et mutilations sexuelles. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 94-108). Lavoisier.

<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0094>

Bokobza, L., & Deldique, A. (2012). *En quoi l'orthophoniste peut-il être tuteur de résilience tout en conservant son identité professionnelle?*

Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie* (De Boeck Supérieur). <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807335226-manuel-de-recherche-en-orthophonie>

Boutboul, S., & Brethes, S. (2022, août 27). Féminicides au sein du couple : Adolescentes et jeunes filles, des victimes « hors des radars ». *Mediapart*.

<https://www.mediapart.fr/journal/france/270822/feminicides-au-sein-du-couple-adolescentes-et-jeunes-filles-des-victimes-hors-des-radars>

Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition).

Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer : A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10, 20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-20>

Chollet, M. (2022, avril 8). *Un pas de plus vers la reconnaissance de l'enfant covictime de violences*

- conjugales*. Dalloz Actualité. <https://www.dalloz-actualite.fr/node/un-pas-de-plus-vers-reconnaissance-de-l-enfant-co-victime-de-violences-conjugales>
- Daligand, L. (2021). Emprise dans les violences conjugales et la maltraitance infantile. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 30(3), 49-52.  
<https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0049>
- de la Loge d'Ausson, Z. (2021). *Les stéréotypes de genre dans l'exercice libéral des femmes orthophonistes*.
- Décis, S., Hatem, F., Brunel, L., Leseigneur, O., & Guillemet, I. (2014). *Agir contre la maltraitance— Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance*. Enfance et partage.
- Défenseur des droits. (2019). *Rapport Enfance et violence : La part des institutions publiques*.  
<https://www.defenseurdesdroits.fr/>
- Défenseur des droits. (2020, novembre 19). *Rapport annuel sur les droits de l'enfant 2020, « Prendre en compte la parole de l'enfant : Un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte »*. Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2020/11/rapport-annuel-sur-les-droits-de-l'enfant-2020-prendre-en-compte-la-parole>
- de Gastines, C., & Lemonier, H. (2022, novembre 17). Prostitution des mineures : Les foyers d'enfants placés dans le viseur des réseaux. *Mediapart*.  
<https://www.mediapart.fr/journal/france/171122/prostitution-des-mineures-les-foyers-d-enfants-places-dans-le-viseur-des-reseaux>
- de Singly, F. (2020). *Le questionnaire* (5e éd). Armand Colin.
- de Villaines, A. (2021, janvier 16). Trois ans après #MeToo, un #MeTooInceste rassemble des centaines de témoignages. *Le HuffPost*.  
[https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/metooinceste-trois-ans-apres-metoo-des-temoignages-de-victimes-d-inceste-arrivent-par-centaines\\_175240.html](https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/metooinceste-trois-ans-apres-metoo-des-temoignages-de-victimes-d-inceste-arrivent-par-centaines_175240.html)
- Di Meo, S., van den Hove, C., Serre-Pradère, G., Simon, A., Moro, M. R., & Baubet, T. (2015). Le mutisme extra-familial chez les enfants de migrants. Le silence de Sandia. *L'information*

*psychiatrique*, 91(3), 217-224. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1320>

Douieb, G., & Coutanceau, R. (2016). Chapitre 13. L'enfant exposé aux violences conjugales.

Repérage clinique et rôle de certains facteurs sur l'ampleur de leurs troubles. In R.

Coutanceau & M. Salmona (Éds.), *Violences conjugales et famille* (p. 132-140). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.02.0132>

DREES. (2022). *Démographie des professionnels de santé*. DREES.

<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Dubé, M., Hodgins, S., Léveillé, S., & Marleau, J. D. (2004). Étude comparative de filicides maternels

et paternels : Facteurs associés et indices comportementaux précurseurs. *Psychiatrie et*

*violence*, 4, 1074661ar. <https://doi.org/10.7202/1074661ar>

Duchamp, S. (2023, janvier 27). Pour avoir signalé des maltraitements sur un enfant, nouvelle

interdiction d'exercer pour la pédopsychiatre de Toulouse. *France 3 Occitanie*.

[https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/pour-avoir-](https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/pour-avoir-signale-des-maltraitements-sur-une-enfant-nouvelle-interdiction-d-exercer-pour-la-pedopsychiatre-de-toulouse-2702334.html)

[signale-des-maltraitements-sur-une-enfant-nouvelle-interdiction-d-exercer-pour-la-](https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/pour-avoir-signale-des-maltraitements-sur-une-enfant-nouvelle-interdiction-d-exercer-pour-la-pedopsychiatre-de-toulouse-2702334.html)

[pedopsychiatre-de-toulouse-2702334.html](https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/pour-avoir-signale-des-maltraitements-sur-une-enfant-nouvelle-interdiction-d-exercer-pour-la-pedopsychiatre-de-toulouse-2702334.html)

Duquesne, J.-L. (2006). Comment et à qui, mais surtout pourquoi et quoi signaler ? *Empan*, 62(2),

76-83. <https://doi.org/10.3917/empa.062.0076>

Eigsti, I.-M., & Cicchetti, D. (2004). *The impact of child maltreatment on expressive syntax*

*Syntactic complexity in maltreatment at 60 months*.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., &

Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of

the leading causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.

*American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

[3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Fortin, A. (2009). L'enfant exposé à la violence conjugale : Quelles difficultés et quels besoins

d'aide ? *Empan*, 73(1), 119-127. <https://doi.org/10.3917/empa.073.0119>

- Gouvernement. (s. d.). *Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes*. Arrêtons les violences. Consulté 23 mai 2023, à l'adresse [https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-referance-violences-faites-aux-femmes#les\\_principaux\\_chiffres\\_sur\\_les\\_violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_en\\_20202](https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-referance-violences-faites-aux-femmes#les_principaux_chiffres_sur_les_violences_faites_aux_femmes_en_20202)
- Gouvernement. (2020). *Violences au sein du couple*. Arrêtons les violences. [https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple#ce\\_que\\_dit\\_la\\_loi2](https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple#ce_que_dit_la_loi2)
- Grant, K., & Gravestock, F. (2003). Speech and language impairment : A neglected issue for abused and neglected children. *Children Australia*, 28, 4-11. <https://doi.org/10.1017/S1035077200005757>
- Gréco, C. (2013). *Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : Bases pour améliorer la formation* [Thèse d'exercice]. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine.
- HAS. (2014a). *Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduite à tenir (Rapport d'élaboration)*. HAS.
- HAS. (2017). *Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduite à tenir*. HAS.
- HAS. (2019a). *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repérer— Évaluer*. HAS. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
- HAS. (2011). *Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : Reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur)
- HAS. (2014b). *Maltraitance des enfants : Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-protoger](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-protoger)
- HAS. (2019b). *Violences conjugales : Quel rôle pour les professionnels de santé ?* Haute Autorité de

- Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante)
- HAS. (2022). *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)
- Hélie, S. (2019). Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26-27, 520-525.
- INSEE. (2021). *Violences au sein de la famille – Sécurité et société*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633>
- Kerlan, M. (2018). Dossier Maltraitance Infantile. *L'Orthophoniste*, 384, 18-29.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). *Chapitre III. La prévention des troubles du langage: Vol. 8e éd. (J.-M. Kremer & E. Lederlé, Éd.s.; p. 86-94)*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-orthophonie-en-france--9782130736622-p-86.htm>
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2020). Chapitre premier. L'orthophonie en France. In J.-M. Kremer & E. Lederlé (Éds.), *L'orthophonie en France* (p. 6-38). Presses Universitaires de France.
- Larousse. (s. d.). *Définitions : Infanticide - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté 22 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infanticide/42879>
- Le Monde & AFP. (2020, mars 30). Hausse des violences conjugales pendant le confinement. *Le Monde.fr*. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/30/hausse-des-violences-conjugales-pendant-le-confinement\\_6034897\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/30/hausse-des-violences-conjugales-pendant-le-confinement_6034897_3224.html)
- LOI n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, 64-699 (1964).
- LOI n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, 2007-293 (2007).
- LOI n°2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux (1), 2010-121 (2010).

Article L4341-1, Code de la santé publique (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171319>

LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (1), 2019-721 (2019).

LOI n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (1), 2022-140 (2022).

Lemonier, H. (2022a, novembre 19). Anas, 13 mois, mort sous les coups malgré des alertes : Les raisons d'un naufrage collectif. *Mediapart*.

<https://www.mediapart.fr/journal/france/191122/anas-13-mois-mort-sous-les-coups-malgre-des-alertes-les-raisons-d-un-naufage-collectif>

Lemonier, H. (2022b, novembre 20). Enfants maltraités mais obligés de patienter : Les sacrifiés de la République. *Mediapart*. <https://www.mediapart.fr/journal/france/201122/enfants-maltraites-mais-obliges-de-patienter-les-sacrifies-de-la-republique>

Leray, M., & Vila, G. (2013). Chapitre 12. Maltraitements psychologiques. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 121-136). Lavoisier.

<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0121>

Martin-Blachais, M.-P. (2017). *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance—Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes*. DGCS.

Ministère de l'Éducation nationale. (2013a). *Bulletin officiel n°32—Annexe 1 Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel d'activités*. Gouvernement.

Ministère de l'Éducation nationale. (2013b). *Bulletin officiel n°32—Annexe 2 Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel de compétences*. Gouvernement.

Ministère de l'Éducation nationale. (2013c). *Bulletin officiel n°32—Annexe 3 Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste*. Gouvernement.

Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2018). *Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants*. Solidarités.gouv.fr. <http://solidarites.gouv.fr/quest-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>.

maltraitance-faute-aux-enfants

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de la Justice, & Ministère de l'Éducation nationale.

(2018). *Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles—Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance*. Gouvernement.

ODAS. (2015). *Définition de l'enfant en danger*. <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>

OMS. (2006). *Preventing child maltreatment : A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>

OMS. (2022). *Maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>

ONDPS. (2011). *Etude sur les champs d'intervention des orthophonistes—Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*. DREES.

ONPE. (2022). *La santé des enfants protégés Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*. ONPE.

ONPE & GIPED. (2022). *Chiffrer les maltraitances infantiles intrafamiliales Quels enjeux pour quelles données ?* ONPE.

Panuel, M., Chaumoitre, K., Petit, P., & Jouve, J.-L. (2013). Chapitre 4. Lésions squelettiques. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 24-37). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0024>

Peyron, M. (2019). *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, Éd.). <http://solidarites.gouv.fr/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant>

Pont, D. (2011). *Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste*.

Previos. (2012). *Travaux sur le thème de la « violence de couple »*. Previos.

- Prigent, A., Vinet, M.-A., Michel, M., Rozé, M., Riquin, E., Duverger, P., Rousseau, D., & Chevreul, K. (2021). The cost of child abuse and neglect in France : The case of children in placement before their fourth birthday. *Child Abuse & Neglect*, 118, 105129.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105129>
- Protéger l'enfant. (2020, novembre 21). *Juge Édouard Durand : Violences conjugales et parentalité* [Protéger l'enfant]. <https://www.protegerlenfant.fr/2020/11/21/juge-edouard-durand-violences-conjugales-et-parentalite/>
- Ragot, N. (2022). *Référentiel protection de sécurité des données*. UT3 Paul Sabatier.
- République française. (2021, février 9). *Protection de l'enfance : De l'aide aux familles à la défense de l'intérêt de l'enfant*. vie-publique.fr. <http://www.vie-publique.fr/eclairage/18716-protection-de-lenfance-agir-dans-linteret-de-lenfant>
- Rey-Salmon, C. (2013). Chapitre 1. Approche historique. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 1-3). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0008>
- Robert-Diard, P. (2022, juin 23). L'assassinat d'une psychologue qui s'apprêtait à faire un signalement pour attouchements sexuels devant la justice. *Le Monde.fr*.  
[https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/06/23/pour-nous-ca-devait-etre-place-aux-oubliettes-dans-les-secrets-de-famille-l-assassinat-d-une-psychologue-devant-les-assises-de-haute-savoie\\_6131653\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/06/23/pour-nous-ca-devait-etre-place-aux-oubliettes-dans-les-secrets-de-famille-l-assassinat-d-une-psychologue-devant-les-assises-de-haute-savoie_6131653_3224.html)
- Romano, H. (2021). Prévenir le traumatisme vicariant. *L'école des parents, hors-série*(5), 42-45.  
<https://doi.org/10.3917/epar.hs1.0042>
- Sadlier, K. (2016). Chapitre 12. L'enfant co-victime de la violence dans le couple. In R. Coutanceau & M. Salmona (Éds.), *Violences conjugales et famille* (p. 121-131). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.02.0121>
- Salmona, M. (2013a). L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : La mémoire traumatique à l'œuvre. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire*, 4(19), 21-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.revssu.2012.12.006>

- Salmona, M. (2016). Chapitre 7. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. Une urgence humaine et de santé publique. In R. Coutanceau & M. Salmona (Éds.), *Violences conjugales et famille* (p. 64-76). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.02.0064>
- Salmona, M. (2013b). Violences faites aux enfants : Un silence assourdissant et un scandale sanitaire, social et humain. *Mediapart*. <https://blogs.mediapart.fr/muriel-salmona/blog/140713/violences-faites-aux-enfants-un-silence-assourdissant-et-un-scandale-sanitaire-social-et-humain>
- Salmona, M. (2014). Pourquoi interdire les punitions corporelles et les autres violences éducatives au sein de la famille est une priorité humaine et de santé publique ? *Alice Miller Abus et maltraitance de l'enfant*. <https://www.alice-miller.com/pourquoi-interdire-les-punitions-corporelles-et-les-autres-violences-educatives-au-sein-de-la-famille-est-une-priorite-humaine-et-de-sante-publique/>
- Salmona, M. (2020). *Les enfants victimes de violences conjugales, conséquences psychotraumatiques : Vignettes cliniques et témoignages*. Grenelle des violences conjugales - GT violences intrafamiliales.
- Santé Publique France. (2022). *Mort inattendue du nourrisson*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson>
- Sec, I. (2013). Chapitre 10. La soumission chimique. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 109-111). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0109>
- Service Public. (2023). *Enfant victime de maltraitance*. Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F952>
- Snow, P. C. (2009). Child maltreatment, mental health and oral language competence : Inviting speech-language pathology to the prevention table. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(2), 95-103. <https://doi.org/10.1080/17549500802415712>

- Sutter-Dallay, A.-L. (2019). La notion de maltraitance en période périnatale : Cadre législatif et actions de prévention. *French Journal of Psychiatry*, 1, 57.  
<https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.277>
- Sylvestre, A., Bussi eres,  .-L., & Bouchard, C. (2016). Language Problems Among Abused and Neglected Children : A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 21(1), 47-58.  
<https://doi.org/10.1177/1077559515616703>
- Sylvestre, A., & M erette, C. (2010). Language delay in severely neglected children : A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 414-428.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.10.003>
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession* (Presses de l'EHESP).
- Theulier,  ., Colmant, C., Picherot, G., & Vabres, N. (2013). Chapitre 14. Formes particuli eres de maltraitance selon l'âge. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum ( ds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 142-152). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0142>
- Tisseron, B., Piram, M., Rey-Salmon, C., Cassier, S., & Vazquez, M.-P. (2013). Chapitre 3. Lésions tégumentaires. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum ( ds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 10-23). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0010>
- Tursz, A. (2010). *Les Oubli es—Enfants maltrait es en France et par la France*. Seuil.
- Tursz, A. (2013a). Chapitre 2. Définitions et approche épidémiologique de la fréquence de la maltraitance en France. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum ( ds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 4-9). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0009>
- Tursz, A. (2015). La maltraitance envers les enfants. Qu'en sait-on actuellement en France? *Les Cahiers Dynamiques*, 66(4), 17-27. <https://doi.org/10.3917/lcd.066.0017>
- Tursz, A. (2013b). Colloque national sur les violences faites aux enfants. *Salle de presse de l'Inserm*.  
<https://presse.inserm.fr/cest-dans-lair/colloque-national-sur-les-violences-faites-aux-enfants/>
- UNAPL. (2021). *Guide maltraitance infantile*. UNAPL.

- UNIL. (s. d.). *Qui sont les auteurs et les victimes?* UNIL - Université de Lausanne. Consulté 22 février 2023, à l'adresse <https://www.unil.ch/ome/fr/home/menuinst/bienvenue-a-lome/la-maltraitance-envers-les-enfants/qui-sont-les-auteurs-et-les-victimes.html>
- Vasselier-Novelli, C., & Heim, C. (2006). Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 185-207.  
<https://doi.org/10.3917/ctf.036.0185>
- Vasseur, P. (2013). Chapitre 18. Positionnement du soignant. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 184-190). Lavoisier.  
<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0184>
- Vazquez, M.-P., Haddad, D., Picard, A., & Kadlub, N. (2013). Chapitre 8. Lésions cervicofaciales, buccales et du cuir chevelu. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 81-93). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0081>
- Veyrac, C., & Gauthier, F. (2013). Chapitre 6. Lésions viscérales. In C. Rey-Salmon & C. Adamsbaum (Éds.), *Maltraitance chez l'enfant* (p. 58-70). Lavoisier.  
<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0058>
- Wekerle, C., & Smith, S. (2019). *La violence psychologique : Un tour d'horizon*.
- Westby, C. (2018). Adverse Childhood Experiences : What Speech-Language Pathologists Need to Know. *Word of Mouth*, 30(1), 1-4. <https://doi.org/10.1177/1048395018796520>

# ANNEXES

## Annexe n°1 : Questionnaire.

« [Enquête sur l'état des connaissances des orthophonistes sur la maltraitance infantile.](#) »

---

Bonjour,

Étudiante en 5e année au CFUO de Toulouse, je prépare mon mémoire de fin d'études, encadré par Flore Amposta-Brunel (formatrice) et Irène Delort-Albrespit (orthophoniste).

Cette étude vous est proposée car vous êtes orthophoniste, que vous exercez en France auprès d'enfants (exercice libéral ou mixte) et que votre formation s'est déroulée en France.

L'objectif principal de ce questionnaire est d'étudier l'état des connaissances des orthophonistes de France sur la maltraitance infantile et montrer, si c'est le cas, que ces connaissances ont besoin d'être actualisées. Sur le long terme, ce travail veut favoriser une meilleure formation et une meilleure reconnaissance du rôle des orthophonistes sur le sujet.

Il n'y a pas de prérequis (connaissances et expériences spécifiques) nécessaires pour répondre à ce questionnaire. Le but est de représenter l'état actuel des connaissances sur le sujet. Pour la fiabilité des résultats, les réponses doivent être au plus proche de la réalité de votre pratique.

Les réponses seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude.

Votre adresse mail est requise afin de vous contacter pour obtenir des précisions sur vos réponses, si nécessaire.

Vous trouverez dans la notice d'information en pièce-jointe les informations relatives au traitement de vos données personnelles.

Pour finaliser votre participation à l'étude, votre consentement est nécessaire afin d'autoriser le recueil et le traitement de vos données, dans le respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel.

A tout moment de l'étude, il vous est possible de retirer votre consentement, sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous, en vous adressant à [clementine.tournier1@univ-tlse3.fr](mailto:clementine.tournier1@univ-tlse3.fr).

Un grand merci pour l'intérêt porté à notre travail et pour votre participation.

Clémentine Tournier

Notice d'information RGPD

[PJ\\_notice\\_d\\_information.pdf](#)

\*

En cliquant ici, vous lancez le questionnaire et vous consentez au traitement de vos données à caractère personnel.

Suivant

### Question n°1

---

\* Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral exclusif
- Mixte
- Salariat exclusif

*Si vous pratiquez l'exercice mixte, les réponses aux questions ne devront concerner que la patientèle libérale.*

### Question n°2

---

\* En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

*Seules les valeurs entre 1965 et 2022 sont autorisées*

### Question n°3

---

\* Dans quelle école avez-vous été formé.e ? 

- Amiens
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rennes
- Rouen
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours
- Autre (hors France)

### Question n°4

---

\* Dans quelle région exercez-vous ?

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Martinique
- Guyane
- La Réunion
- Mayotte
- Autre

### Question n°5

---

Dans votre pratique générale, vous prenez en charge des enfants :

	Oui	Non
* de 0 à 3 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* de 3 à 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* de 6 à 12 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* de 12 à 15 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* de 15 à 18 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Question n°6

---

\* Comment est la proportion d'enfants que vous prenez en charge par rapport à celle des adultes ?

- Supérieure
- Inférieure
- Egale
- Je ne sais pas

### Question n°7

\* Lorsque vous prenez en charge des enfants, à quelle fréquence pratiquez-vous des séances à domicile ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

### Question n°8

\* Avez-vous déjà suspecté un cas de maltraitance infantile dans votre patientèle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

### Question n°9

\* Face à une suspicion de maltraitance infantile, vous avez :

- Effectué un signalement
- Effectué une information préoccupante
- Transmis vos observations au médecin traitant
- Aucun des trois
- Non concerné.e
- Autre

Si vous avez coché "Autre", précisez :

### Question n°10

*Vous allez maintenant répondre à des questions portant sur vos connaissances sur la maltraitance infantile. L'idée est d'en obtenir un aperçu le plus proche de la réalité possible, pas un idéal. Merci de répondre spontanément.*

Si vous deviez choisir quatre mots-clefs pour définir la maltraitance infantile, quels seraient-ils ? 

	1	2	3	4
* Mot-clef	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Question n°11

\* Listez les formes de maltraitance infantile que vous connaissez. 

### Question n°12

\* Avez-vous eu connaissance de la reconnaissance du statut de covictime de l'enfant exposé aux violences conjugales ?

- Oui
- Oui mais ce n'est pas clair pour moi
- Non

### Question n°13

Pour chaque domaine, diriez-vous que vous connaissez les signes d'alerte de maltraitance infantile ?

	J'en connais beaucoup	J'en connais quelques-uns	Je n'en connais pas ou très peu	Selon moi, il n'y en a pas
* Maltraitance physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Négligence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Maltraitance psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Maltraitance sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Comportement de l'adulte/auteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Question n°14

---

\* Parmi ces signes identifiés par la HAS, cochez les signes de maltraitance infantile que vous connaissiez avant de répondre à ce questionnaire : 

- Evitement du regard
- Recherche d'affection et gentillesse excessive envers les étrangers
- Défaut d'éducation
- Brûlures
- Repli sur soi
- Labilité et imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel
- Comportement craintif
- Défaut d'hygiène
- Défaut de soins médicaux
- Fractures
- Troubles du sommeil
- Défaut de sécurité au domicile ou en dehors
- Lésions viscérales
- Modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie, sans explication claire
- Cauchemars
- Défaut d'alimentation
- Agressivité
- Rythme du sommeil non respecté
- Comportement d'opposition
- Morsures
- Troubles du comportement liés à un défaut d'attachement
- Ecchymoses
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles des interactions précoces

### Question n°15

---

Si vous pensez à d'autres signes, vous pouvez les indiquer ici :

### Question n°16

---

\* Parmi ces signes identifiés par la HAS (chez l'adulte), cochez les signes de maltraitance infantile que vous connaissiez avant de répondre à ce questionnaire : 

- Attitude agressive ou sur la défensive envers les soignant.e.s
- Parent ou adulte parlant à la place de l'enfant
- Discontinuité des interactions
- Recours aux soins excessif
- Emprise
- Parent ou adulte qui applique un régime alimentaire source de carences
- Proximité physique inadaptée ou exagérée
- Dénigrement ou accusation de l'enfant
- Parent ou adulte qui refuse les vaccinations obligatoires
- Refus des investigations médicales ou d'un suivi social
- Minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant
- Injonctions paradoxales
- Parent ou adulte intrusif ou qui s'impose dans la consultation médicale
- Insultes
- Humiliations répétées
- Indifférence envers l'enfant
- Exigences excessives ou disproportionnées

### Question n°17

---

Si vous pensez à d'autres signes, vous pouvez les indiquer ici :

### Question n°18

---

\* Selon vous, le pourcentage d'actes de maltraitance infantile ayant lieu dans le cadre intrafamilial est situé entre :

- 0 et 25%
- 25 et 50%
- 50 et 75%
- 75 et 100%

## Question n°19

---

Dans votre pratique, vous arrive-t-il de chercher des informations sur la maltraitance infantile ?

	Recherche en ligne	Question à un.e pair.e	Question sur un réseau social	Auprès d'une association ou structure dédiée	Autre ressource	Non
* Définition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Différentes formes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Signes d'alerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Conduites à tenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Modalités de signalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché "Autre", précisez :

## Question n°20

---

\* Selon vous, vos connaissances sur la maltraitance infantile sont :

- Suffisantes
- Insuffisantes
- Je ne sais pas

## Question n°21

---

\* Vous sentez-vous en capacité de repérer les signes de maltraitance infantile dans votre patientèle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

## Question n°22

---

\* Sauriez-vous comment réagir en cas de constatation de signes et/ou de révélations de la part d'un.e patient.e ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

## Question n°23

---

\* Si si vous ne vous sentez pas apte à repérer et/ou signaler un cas de maltraitance infantile, quelles en sont les possibles raisons ?

- Manque de formation sur le repérage
- Manque de formation sur les conduites à tenir
- Je pense que ce n'est pas l'orthophoniste qui doit repérer les signes
- Je pense que ce n'est pas l'orthophoniste qui doit effectuer un signalement
- C'est difficile quand on est seul.e face au cas
- Non concerné.e
- Autre

Si vous avez coché "Autre", précisez :

## Question n°24

---

Dans votre pratique générale, vos modalités préférentielles d'informations sont / vous vous référez à : 

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
* Recommandations de la HAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Textes de loi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Publications scientifiques / livres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Réseaux sociaux / forums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Contenus de formations (initiale et continue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Question n°25

---

\* Avez-vous déjà assisté à une formation sur le sujet ?

- Oui  
 Non

## Question n°26

---

Si oui, précisez laquelle (intitulé et organisme de formation) :

## Question n°27

---

\* Envisagez-vous de mettre à jour vos connaissances sur la maltraitance infantile en assistant à une formation ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

## Question n°28

---

Avez-vous des remarques ou suggestions dont vous voudriez nous faire part ?

## Fin du questionnaire

---

**Annexe n°2 : Tableau de justification des questions.**

<b>Q. n°</b>	<b>Segments du questionnaire concernés</b>	<b>Caractère exploratoire</b>
1)	Profil des répondant·e·s dont vérification de l'échantillon	
2)	Profil des répondant·e·s	Effets de la récence du diplôme
3)	Profil des répondant·e·s dont vérification de l'échantillon	
4)	Profil des répondant·e·s dont vérification de l'échantillon	
5)	Profil des répondant·e·s dont vérification de l'échantillon	Effets des tranches d'âges prises en charge
6)	Profil des répondant·e·s	Effets de la proportion de la patientèle mineur·e
7)	Profil des répondant·e·s	Effets de la fréquence des séances à domicile
8)	<b>Exploratoire</b>	Effets des expériences liées à la maltraitance infantile
9)	<b>Exploratoire</b>	Actions des orthophonistes en cas de suspicion de violences
10)	<b>Exploratoire</b>	Représentations de la définition de la maltraitance infantile
11)	<u>H1.a</u> : les formes de maltraitance infantile connues par les orthophonistes	
12)	<u>H1.a</u> : prise en compte des violences conjugales dans les formes de maltraitance infantile (enfant covictime)	
13)	<u>H1.b</u> : autoévaluation des connaissances des signes par forme	
14)	<u>H1.b</u> : connaissance des signes HAS enfant	
15)	<u>H1.b</u> : signes enfant ajoutés par les répondant·e·s	
16)	<u>H1.b</u> : connaissance des signes HAS adulte	
17)	<u>H1.b</u> : signes adulte ajoutés par les répondant·e·s	
18)	<b>Exploratoire</b>	Estimation de la part d'actes dans le cadre intrafamilial
19)	<u>H2.a</u> : démarches de recherche d'informations sur la maltraitance infantile	
20)	<b>Exploratoire</b>	Autoévaluation

21)	<u>H2.b</u> : autoévaluation de sa capacité à repérer	
22)	<u>H2.b</u> : autoévaluation de sa capacité à réagir	
23)	<b>Exploratoire</b>	Raisons des difficultés à repérer et réagir
24)	<b>Exploratoire</b>	Habitudes en pratique générale pour s'informer
25)	<u>H2.a</u> : formations suivies sur le sujet	
26)	<b>Exploratoire</b>	Organismes de formations ou moyens entrepris
27)	<u>H2.a</u> : volonté de s'inscrire à une formation	
28)	<b>Exploratoire</b>	Remarques et suggestions

### Annexe n°3 : Notice d'information RGPD.

#### NOTICE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE :

« Enquête sur l'état des connaissances des orthophonistes sur la maltraitance infantile. »

#### **Vos droits en tant que répondant·e**

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de répondre sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

Vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à : [clementine.tournier1@univ-tlse3.fr](mailto:clementine.tournier1@univ-tlse3.fr).

#### **Traitement de vos données à caractère personnel**

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel. Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude. Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où le directeur de l'étude souhaiterait conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit lui être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à [dpo@univ-tlse3.fr](mailto:dpo@univ-tlse3.fr).

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Annexe n°4 : Infographie utilisée pour la diffusion du questionnaire.

The infographic is a vertical poster with a light blue background. At the top left is the logo of Université Toulouse III Paul Sabatier. At the top right is the text 'Nous avons besoin de vous !'. The main title is 'Mémoire d'orthophonie sur la maltraitance infantile : Recherche de volontaires pour répondre à un questionnaire'. Below this are five sections, each with an icon and a title: 1. 'QUI SOMMES-NOUS ?' with a person icon, describing Clémentine Tournier and her supervisors. 2. 'QUEL EST LE BUT DU MEMOIRE ?' with a question mark icon, stating the goal is to study current knowledge on child abuse. 3. 'CRITERES D'INCLUSION' with a laptop icon, targeting trained orthophonists in France who see children. 4. 'LE QUESTIONNAIRE' with a list icon, noting it's self-administered on EUSurvey, takes 15 minutes, and protects data. 5. 'POUR NOUS CONTACTER' with a phone icon, providing the email clementine.tournier1@univ-tlse3.fr. At the bottom right, a message says 'Merci pour l'intérêt que vous porterez à notre travail.'

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER**

Nous avons besoin de vous !

## Mémoire d'orthophonie sur la maltraitance infantile : Recherche de volontaires pour répondre à un questionnaire

### QUI SOMMES-NOUS ?

Clémentine Tournier, étudiante en 5<sup>es</sup> année d'orthophonie à Toulouse, encadrée par Flore Amposta-Brunel (formatrice) et Irène Delort-Albrespit (orthophoniste)

### ? QUEL EST LE BUT DU MEMOIRE ?

Nous voulons étudier l'état actuel des connaissances des orthophonistes sur la maltraitance infantile.

### CRITERES D'INCLUSION

Nous cibons les orthophonistes formé.e.s et exerçant en France, qui accueillent des enfants parmi leur patientèle.

### LE QUESTIONNAIRE

Questionnaire auto-administré sur le site EUSurvey (plateforme garantissant la protection des données personnelles) - Durée : environ 15 minutes

### POUR NOUS CONTACTER

Clémentine Tournier : clementine.tournier1@univ-tlse3.fr

**Merci pour l'intérêt que vous porterez à notre travail.**

## Annexe n°5 : Réponses aux questions ouvertes et mixtes.

### N°5a : Précisions sur ce qu'ont fait les répondant.e-s face à une suspicion de maltraitance (Q9).

Aucune preuve, aucun mot de l'enfant, seulement un ressenti, pas suffisant pour faire quoi que ce soit
Le cas est récent. Une phrase m'a alertée sur une situation ancienne, j'attends de voir si d'autres signes m'interpellent
C'est actuel. Je pense me tromper +++ mais je reste à l'affût, au cas où, en surveillant la petite et ce qu'elle me dit
Les deux cas de suspicion auxquels je pense sont très récents, donc je n'ai pas encore agi mais je pense écrire au médecin et effectuer une IP
suspicion de violence conjugale, si on considère que c'est une maltraitance infantile
je n'avais aucune suspicion avant que les faits soient révélés
La maman en a parlé avec ma collègue psychologue qui se charge de faire l'information préoccupante avec l'école
C'est la PMI qui m'a contactée
Approchée par téléphone par l'armoire sur diligence du JE
la maîtresse a abordé le sujet avec moi et m'avait devancée dans la gestion du problème
Échange avec le parent, finalement suivi déjà en cours
Parlé aux parents de mes observations / appelé le médecin
Une fois concernant la maman, j'en ai parlé à la tante qui amenait la petite fille, et une fois concernant la sœur, j'en ai parlé à la maman.
entretien avec le parent
échangé avec la personne en charge de l'enfant
Transmis les observations au médecin + appelé le CRIP pour avoir des infos sur la démarche à suivre
transmis mes observations au médecin PMI qui suivait la famille
Information préoccupante + médecin
effectué une information préoccupante ET transmis les infos au médecin traitant
selon le contexte - priorité au contact du médecin / priorité IP
Plusieurs réponses à la fois, selon les enfants: IP, et/ou contact avec le médecin et/ou contact avec la structure accueillant l'enfant (sessad, ime, école)
Signalement et information préoccupante et déclaration au médecin traitant
transmission auprès assistante sociale du CMPI où l'enfant est suivi
échangé avec d'autres professionnels (médecin scolaire, autres pro de santé qui suivent l'enfant...)
Prévenir médecin scolaire

Alerté un pédopsychiatre
Contacté les autres professionnels qui suivaient l'enfant pour avoir leurs avis.
Contact avec les autres professionnels qui travaillaient avec l'enfant
Contact avec les autres partenaires de santé (pas le médecin traitant)
Appelé le 119 pour savoir quoi faire et le médecin traitant pour lui faire part de mes observations
Contacté 119 pour infos sans donner le nom de l'ado qui ne le souhaitait pas.
Appel au 119 et long échange avec un interlocuteur au sujet de l'enfant. Lorsque j'ai voulu quelques jours après rappeler pour faire une information préoccupante aucun conseiller n'était disponible pour la recevoir. Après quelques tentatives infructueuses je l'ai signalé au médecin traitant
Avis psychologue car rien de sûr
Au psychologue
ne sais plus quelle forme ça avait, j'avais appelé la pmi (une amie AS y bossait) ils ont pris le pb en charge
à l'équipe pluridisciplinaire (institution)
Ce fut discuté en équipe (j'exerce en CAMSP) et nous avons effectué une IP
Discuté de la situation avec mes collègues et essayé d'avoir des informations par le patient
Echange avec l'école, la psychologue libérale et l'éducatrice spécialisée de la Veille à la Réussite Educative
Transmis à l'enseignante
Contact référent ASE
éducatrice ASE pour échange mais pas de réelle crainte d'urgence...
Échangé avec l'école et l'infirmière scolaire puis les éducateurs qui étaient déjà en place
J'en avais parlé à l'enseignant référent de la MDPH qui était au courant du passif de la famille. il m'avait conseillé de contacter l'assistante sociale du secteur
professionnel de santé participant à la prise en charge autour de l'enfant infirmière scolaire (collège), CMP
mise en lien avec l'école qui a fait la procédure

N°5b : Les mots-clefs choisis par les répondant·e·s pour définir la maltraitance infantile (Q10).

violence physique	violence psychologique	silence	abus
Bleus	Cicatrices	Trouble du comportement	Mauvaise hygiène
violence	abus	psychologique	physique
physique	psychologique	négligence	sexuelle

coup	peur	abus	négligence
violence physique	négligence	abus	violence psychologique
Violence verbale	Violence physique	Négligence	Harcèlement
Violences	Physique	Psychologique	Négligence
violence physique	négligence	violence psychologique	insécurité affective
souffrance	psychologique	physique	secret
Coups	Insulte	Pression psychologique	Défaut de soin
violence	carence	abandon	proches
humiliation	coups	sévices	insultes
violence psy, physique, sexuelle	négligence	enfant pas dispo	perte de chance
maltraitance physique	maltraitance émotionnelle	conséquences sur le développement	mineur
violences physiques	violences psychologiques	humiliations	silence
violence	physique	psychologique	cachée
Dévalorisation	Coups	Violence	Emprise
physique	psychologique	invisible	sexuelle
violences	négligence	harcèlement	isolement
Violence physique	Violence verbale et psychologique	Conflit de loyauté chez l'enfant	Somatisation
Abus	Mensonge	Souffrance	Déni
terrible	parents	douleur	oubli
verbale	physique	traumatisme	récurrent
Violence	Peur	Mots	Coups
violence	verbale	physique	negligence
Vulnérabilité	Emprise	Violence	Destructeur
violence	négligence	insécurité	abandon
Carences	Négligences	Coups	Abus
Violence physique	Violence verbale	Impuissance	Perversité
Violence physique	Insultes	Coups	Violence psychologique
négligence	violences physiques	violences psychologiques	carences
Danger	Urgence	Violence	Conséquences

Violence	Viol	Humiliation	Menace
Violence Physique	Tabou	Violence psychologique	Difficile à déceler
Violence	Langage	Séquelles	Invisible
Coups	Humiliation	Défaut de soin	Inaperçu
Négligence	Violence	Coups	Abus sexuels
manque de soins	violences éducatives	violences verbales	violences sexuelles
Violence	Manque de soins	Exposition a des scènes X	Mal traitance verbale
Violence	Abus	Danger	Protéger
violence	négligence	non-respect	mise en danger
Violence	Négligences	Physique	Psychique
Abus	Souffrance	Coups	Insultes
Violence	Manipulation	Carences	Cris
coup	insulte	humiliation	blessure
souffrance	silence	traumatisme	non dit
coups	hématomes	abus	injures
violence	négligence	manipulation	physique et psychique
coups	harcèlement	marques	peur
souffrance	silence	psychologique	troubles du comportement
parents	caché	violence	traumatismes
secret	inaperçue	tue (taire)	tous profils
Violence physique	Violence psychologique	Carence éducative avérée	Délaissement
tristesse	violence	psychologique	silence
Secret	Blessures	Mal-être	Emprise
Violence physique	Violence psychologique	Troubles	Douleurs
Violence	Souvent méconnue	Perturbante	Dérangeante
Pression	Violence physique	Violence psychologique	Abus
Violence	Souffrance	Carence	Secret
Innocence	Dégoût	Souffrance	Injustice
Châtiments corporels	Carence de soins physiques	Carence de soins de santé	Maltraitance morale
Blessure	Peur	Coup	Violence

vulnérabilité	complexité	urgence	silence
harcèlement négatif	négligence	insultes ou accusations	enfant battu
Violence	Vulnérable	Physique	Morale
marque corporelle	souffrance psychologique	isolement	repli sur soi
Violente	Méconnue	Silencieuse	Tabou
Coups	Délaissement	Humiliation	Insultes
violence	physique	psychologique	entourage
traumatisme psychologique	irrespect	troubles	grave
grave	inquiétant	démunie	solution
physique	psychologique	défaut de soin	sexuelle
Violence	Carence	Négligence	Défaut
coup	psychique	violence	soumission
souffrance	reproduction	protéger	parler
physique	morale	manque d'amour	bleus
violence	soin (défaut de)	physique	psychologique
violence	physique	verbale	intégrité
violence	négligence	souffrance	manque de soin
Blessures	Harcèlement	Honte	Angoisse
Négligence	Défauts de soin quotidien	Psychologique	Physique
Violence	Peur	Non-dit	Protection
physique	psychologique	souffrance	danger
Traumatisme	Violence	Souffrance	Pluralité
Physique	Émotionnelle	Économique	Mentale
Violence physique	Secret	Danger	Violence psychologique
violence	psychologique	physique	silencieuse
Atteinte à l'intégrité physique	Atteinte à l'intégrité psychologique	Irrespect des droits fondamentaux de l'enfant	Emprise
malêtré	réactions fortes	repli	agressivité
Violence	Négligence	Éducation	Répercussions
Psychologie	Physique	Sexuelle	Intra-familiale
Souffrance psychologique	Paralysie de pensée	Les coups	Imprévisible

violence	négligence	emprise	conflit de fidélité
Violence	Physique	Psychologique	Négligence
fréquente	dissimulée	complexe	nsp
Coups	Négligence	Injures	Abandon
violence verbale	violence physique	nce psychologique	abus
tabou	cachée	culpabilité	conscience professionnelle
inceste	attouchements	pénétration	pédophilie
violence	souffrance	silence	isolement
bleus	traces	marques	doutes
vulnérabilité	maltraitance physique	maltraitance psychologique	négligence
pédo criminalité	fessée	punition	cris
Négligence	Violence	Cachée	Silence
violence	humiliation	inceste	carence
détresse	repli	douleur	isolement
violence verbale	violence physique	enfermement	silence
Violence	Injustice	Souffrance	Conflit de loyauté
souffrance	danger	isolement	besoin d'aide
violence	manque de soins	pb alimentaire	mépris psychologique
violence verbale	violence physique	négligence médicale	négligence éducative
omerta	physique	psychologique	sexuel
physique	psychologique	affective	matérielle
faire du mal aux enfants	physique et psychologique	violence	vulnérabilité
violences physiques	violences psychologiques	carences	négligences
coups	cris	menace	inceste
insécurité	menace	peur	manque affectif
Violence	Physique	Psychologique	Enfant
abus	violence	peur	secret
Violences psychologiques	Violences physiques	Violences éducatives	Carence
Soumission	Dénigrement	Violence	Indifférence
Violence physique	Violence psychique	Abus sexuels	Carences
Violence	Carence	Inceste	Négligence

Violence	Coups	Pression psychologique	Isolement
Intolérable	Inacceptable	Parentalité toxique	Victimes
Silence	Pression	Violence	Peur
Peu visible	Préoccupante	Physique	Verbale
Manque de dépistage	Violence physique	Carence éducative	Violence psychologique
Dissimulée	Conflit de loyauté	Tabou	Inaction
sous estimée	toutes les catégories sociales	violence masculine	négligence
Battu	Apeuré	Contrôlé	Fermé
physique	psychologique	soin	hygiène
secret	mal-être	signaux	signalement
Souffrance	Inconséquence	Violence	Non dit
violence physique	séviences sexuels	violence psychologique	négligence
Violences	Physiques	Verbales	Psychologiques
Discrétion	Camouflage	Physique	Mental
Danger	Violence	Urgence	Silence
Souffrance	Peur	Négligence	Atteinte
Courante	Difficile à repérer	Taboue	Déstabilisante
Physique	Psychologique	Insécurité	Peur
Inceste	Violence physique	Violence psychologique	Carences
Inhumain	Horrible	Inconcevable	À vomir
Atteinte physique	Violence observée ex violences conjugales	Négligence	Violence psychique ou morale
Sournoise	Mentale	Physique	Répercussions générale
Tabou	Traumatisme	Violence physique	Violence verbale
Physique	Psychologique	Parentale	Scolaire
Négligence	Violence verbale	Violence physique	Désintéret
Violence verbale	Violence physique	Abus	Humiliation
violence physique	violence psychologique	négligence de soin	emprise morale
Violence	Emprise	Psychologique	Physique
Psychologique	Physique	Négligence	Indifférence
violence	insécurité	harcèlement	mise en danger

incurie	violence physique	violence verbale	emprise
crime	protection	alerte	sécurité
violence	secret	tabou	maltraitance psychologique
Cachée	Assez fréquente	Secret	Verbale ou physique
Violence	Insulte	Négligence	Ignorance
physique	moral	verbal	carence soins
Violence	Humiliations	Abus	Forçages
violence physique	manque de soins	violence psychologique	violence sexuelle
violence physique	négligence	violence sexuelle	violence morale
violence physique	violence psychologique	négligence	souffrance
violence	secret	peur	emprise

N°5c : Les formes de maltraitance connues par les répondant·e·s (Q11).

violences physiques, sexuelles, psychologiques
Physiques, psychologiques, sexuelles, négligence
sexuelle, psychologique, violence physique, carence éducative, défaut de soins
Sexuelle, psychologique, physique, négligence,
psychologique, sexuelle, éducative
manque de soins, d'hygiène, malnutrition, coups, violences physiques, abus sexuel, déscolarisation, harcèlement
Coups, abus sexuels, harcèlement moral
Physique, psychologique, sexuelle, négligence
violence physique et psychologique, négligence
Physique, verbale, psychologique
Coups et atteintes physiques Paroles blessantes et injures Pression psychologique Défaut de soins Défauts d'éducation Défaut de surveillance
carence éducative violence physique verbale sexuelle manque de soin
coups, humiliations, insultes, brimades, attouchements sexuels
violence physique, psychologique, sexuelle, négligence, défaut de soins
physique, psychique, émotionnelle
violences physiques, violences psychologiques, humiliations

physique, psychologique, punitive
Coups, violence psychologique, privations, violence physique, harcèlement, dévalorisation systématique
physique, psychologique, sexuelle, non respect des besoins affectifs, non respect des besoins primaires
violences physiques et sexuelles, harcèlement moral, négligence
- physique (gifles, coups, brûlures, etc) - psychologique - Verbale (injures) - sexuelle
Carence de soins, humiliations, violences physiques et sexuelles, carence éducative
directe, indirecte, non assistance à leur enfant, psychologique, physique, verbale, non verbale
verbale, sexuelle, physique (coups), psychologique
Coup, insultes, dénigrement menaces inceste forçage alimentaire, absence de soins éducatifs médicaux ou sanitaires négligence, exposition à des zctew violences ou mort duf lsw autres membres de la famille bébé secoué sévices
violence physique, morale, négligence, carences éducatives, sanitaires, discontinuité du lien d'attachement,
Physique, psychologique et négligence
enfant battu, violé, négligé, humilié, rabaissé, en manque de soins, en carence affective
Sexuelles, verbales, physiques, carences éducatives, abus psychologiques
Violence physique, violence verbale, privation de soins, privation d'affection, privation de liberté, séquestration, dévalorisation de l'estime de soi...
Violences physiques, emprise psychologique, inceste, viols, prostitution, harcèlement, menaces
maltraitance physique maltraitance psychologique négligence
Violence verbale ou physique, négligence, mise en danger
Maltraitance physique visible Maltraitance physique masquée Viol Attouchement sexuel Humiliation Menaces verbales et/ou physique Privations de libertés abusives (enferment par exemple)
Maltraitance physique, psychologique, verbale, défaut de soins
Cf mots clés
Violences physiques, maltraitance morale (paroles blessantes, humiliantes), défaut de soin, agressions sexuelles, négligence affective, négligence du cadre de vie
Violence verbale, violence physique, abus sexuels, négligence, brimades, privations, menaces
verbales, éducatives, absence de soins, sexuelles, ...
Violence
Violence physique, verbale, abus sexuels, négligence
violence physique, psychologique, négligence, non-bienveillance, violences sexuelles

Les maltraitements en creux en bosse les violences les négligences les défauts de soins les humiliations toutes les maltraitements en lien avec les agressions sexuelles...
Coups, insultes et manipulation psychologique, abus, sexuel
Violences physiques et / ou psychiques, inceste, syndrome de munchausen
physique, psychologique, manque de soins, d'alimentation, d'écoute
psychologique physique (coups.) sexuelle (abus..) négligence (soins..)
maltraitance physique (coups, enfermement, manque de soin, manque d'hygiène, privations...), maltraitance verbale, (injures, moqueries, cris...), maltraitance psychologique (manipulation, influence...) maltraitance sexuelle
Munchausen violence sexuelle coups et blessures négligence éducative négligence sur les besoins primaires (physiologique et psychologique) violence verbale...
coups ou atteintes corporelles (brûlures etc), harcèlement psychologique
psychologique physique emprise
c'est long ! maltraitance psychologique (rabaisser, crier, punir ++, privations, brimades) Maltraitance physique (coups, alimentation, enfermement etc)
physiques et psychologiques
Atteintes physiques Atteintes sexuelles Violences psychologiques Délaissement Carences éducatives
physique, psychologique, négligence
Inceste / humiliations / sévices physiques / déni / emprise / ne pas s'occuper de son enfant / ...
Coups Violence verbale Violence psychologique Blessures diverses avec ou sans instruments
Physique (violences), psychologique, nutritionnelle, manque d'hygiène,
Violence physique, violence ou abus sexuels, violence psychologique, négligence (dans les soins quotidiens, l'éducation)
Physique, psychologique, défaut de soins
Physique, psychologique/verbale, sexuelle
Cf mots clés châtiments corporels carence de soins physique, de santé, absentéisme prolongé, maltraitance morale (harcèlement)
Violences physiques (coups, blessures) Violences psychologiques (harcèlement) Viols

-verbale -physique
je viens de le faire avec la question ci-dessus???
- violences verbales: critiques et humiliations, insultes et remarques blessantes, menaces - violences physiques - violences sexuelles - négligences (soins, alimentation, sécurité)
violence physique et morale, harcèlement
Physique, Verbale, Carence Educative, Non assistance, Exposition à des situations non adaptées et / ou dangereuses (drogue, sexe...)
Physique, verbale, défaut d'hygiène,
inceste, viol, coups, insultes, négligence, harcèlement
verbale/émotionnelle, physique, sexuelle
viol, violence physique, violence verbale, isolement social
Idem les mots clés cités
Violence, négligence, défaut de soins, mise en danger
physique, psychologique
violences physiques, sexuelles, émotionnelles, verbales, humiliations, harcèlement, négligence, indifférence
physique, morale
maltraitance physique, maltraitance psychologique, défaut de soin
psychologique et physique
coups, violences psychologiques, sexuelles, manque de soins
Harcèlement psychologique Séviesses physiques Négligence
Physique Psychologique Insécurité
maltraitance physique, maltraitance verbale, chantage, abus sexuel
physique (coups), psychologique, manque de soins, mise en danger
Violence physique, violence sexuelle, violence psychologique (victimes "directes" ou spectateurs de violences exercées sur autrui) carence éducative, carence de soin
Violences éducatives ordinaires puis violences physiques, sexuelles, mentales, émotionnelles, économiques
Violence physique, violence psychologique (insultes, dévalorisation, menaces...), violences sexuelles
- violences physiques (coups) - violences psychologiques (climat de terreur, menaces, ...) - négligence physique (soins, propreté, ...) - (on peut se demander également si la négligence psychologique ne pourrait pas entrer en compte dans le cas des enfants délaissés au niveau de l'attention qu'on leur porte)
Agressions sexuelles, séviesses physiques, emprise psychologique, enfant malnutri

violences verbales, coups, manque de soins, négligence de traitement
- psychologique - physique - négligence
Physique, psychologique, sexuelle, par négligence
Physiques, sexuelles, psychologiques, négligence
Violences physiques, violences sexuelles, violences psychologiques, négligence
Coups, privation, violence sexuelle, "abandon" /négligence, brimades verbales
violences physiques, sexuelles, verbales, psychologiques
Maltraitance physique, morale, négligence avec un déficit en appart affectif, alimentaire, vestimentaire, sanitaire.
abus sexuels, violence physique, pression psychologique démesurée, abus de pouvoir de l'adulte
inceste , violence physique et psychique, manque de soins
sexuelle, morale, attouchements,
physique, psychique, psychologique
maltraitance volontaire :physique ou psychologique maltraitance non volontaire: physique, psychologique, défaut de soin...
négligence, maltraitance physique, sexuelle, psychologique
physique, verbale, morale
Violences psychologiques, violences physiques, négligence, violences sexuelles
violence physique, sexuelle ou verbale
Harcèlement moral, abus sexuel, maltraitance physique, VEO
physique, psychologie
Coups, violences sexuelles, humiliations psychologiques
violence physique et morale, manque de soins, manque de stimulation
traumatismes physiques, psychologiques, manque de soins (alimentaire, propreté, sommeil, éveil...)
Violence physique et verbale, négligence éducative, négligence médicale, exposition au danger
physiques, psychologiques, sexuelles, inceste, incestuel, humiliation, harcèlement
abus physique, sexuel, psychologique, négligence, abandon, exploitation
maltraitance physique et psychologique
violences psychologiques, physiques, sexuelles et négligences
agressions sexuelles, carence éducative, agressions physiques, dénigrement, défaut de soins
. coups et gestes portés . paroles dégradantes . menaces . délaissement . violation de l'intimité . viol

. non réponse aux besoins essentiels : alimentation, sommeil, hygiène, amour
Violences physiques, psychologiques, négligences éducatives, négligences sur les soins vitaux
abus sexuels, violence physique, violence psychologique
Physique, psychologique, sexuelle
Inceste/ violences physiques / violences psychologiques / absence de repères/ indifférence /
Violence physique, psychique, abus sexuels, carences, négligences
Violence physique, sévices corporels, inceste, négligence éducative, attouchements, violence verbale, défaut de soins
Enfants battus, maltraitance psychologique, abandon
Violence physique, abus sexuel, violence verbale avec intimidation, manipulation perverse, dévalorisation et destabilisation affective, autoritarisme, croyances sectaires et mœurs inadéquates
Abus sexuels Atteinte à la pudeur Cris Coups sur l'enfant Coups sur un proche Insultes à l'encontre de l'enfant Insultes à l'encontre d'un proche Dévalorisation Négligence Menaces Utilisation de l'affection qu'il a pour un proche dans le but de lui faire faire des choses qui le mettent mal à l'aise ou l'humilient
Physique verbale
Violence, coups, viol, injures, carences, ne pas subvenir au besoin de l'enfant..
Physique psychologique
physique, psychologique, sexuelle, négligence, exposition à des scènes de violence
Maltraitance physique, psychologique, mixte,
physique, psychologique/morale, manque de soins en général
abus sexuels, harcèlement scolaire, violence physique, violence psychologique
Morale, mettre la barre trop haut de la part des parents, rabaisser l'enfant, l'injustice
violence physique, psychologique, sexuelle, négligence, exploitation commerciale
Violences physiques, verbales, psychologiques
Maltraitance physique, psychologique, verbale
Violence physique verbale humiliation
Coups, blessures ou toute autre atteinte physique. Viol, attouchements, non respect de l'intimité. Pression psychologique, dénigrement, insultes, violence verbale. Négligence, manque de soins, incurie.
Psychologiques, physiques, sexuelles
Physique (coups, brûlures, malnutrition, attouchements,viols...), psychologique

Inceste violences sexuelles carences éducatives carences affectives violences physiques violences psychologiques
Physique. Ignorer l'enfant. Verbale. Psychique/morale
Violences sous toutes leurs formes, défaut de soin, atteinte aux besoins fondamentaux
Ah je ne sais pas physique mentale
Violences physiques, violences verbales, violences sexuelles, manque de soins, carence affective
Violence Physique Psychologique Harcèlement scolaire
Physique, verbale, sociale, émotionnelle
Violence verbale, humiliation, violence physique, attouchements sexualité, viols, harcèlement,
physique et psychique
Violence éducative, psychologique, sexuelle, physique, verbale, violence intra familiale
Physique, psychologique
violences physiques, psychologiques, mise en danger, non prise en charge d'un trouble,
punition corporelle, suppression des besoins fondamentaux (alimentation, soins, hygiène, sommeil)
physique, sexuelle, psychologique, harcèlement, non assistance à personne en danger, refus des soins
négligence, sévices physiques, violence, coups, agression, agression sexuelle
Psychologique, verbale, physique, par omission , par sévices ,
Négligence physique, négligences morale et alimentaire, violence
physique, carence de soins, morale, verbales
Violences physiques, violences verbales, privations, punitions, abus sexuels,
violence physique, psychologique, sexuelle, défaut de soins
violence sexuelle, physique, morale, négligence,
coups physiques, dénigrement, négligence, manque d'affection, insultes, mise en danger, absence de soins, violences sexuelles
physique, verbale, psychologique

**N°5d : Les signes de maltraitance infantile chez l'enfant ajoutés par les répondant·e·s (Q15).**

Refus d'apprentissage, refus scolaire, angoisse de séparation, discours inadapté des parents sur et avec leur enfant
Trouble de l'attention et indisponibilité aux apprentissages
Régression dans les acquisitions
Je me questionne autour de mutisme
Mutisme, bégaiement sévère, rétention des selles
Comportement extraverti, mutisme, baisse estime de soi, complexes physiques, logorrhée, mensonges

Langage et comportement inappropriés pour l'âge de l'enfant
Comportement destructeur envers les jouets, les poupons, regard intense, pleurs/craintes face inconnu-e-s, énurésie, hypersexualisation des propos, dessins
Jeux inadaptés avec les camarades, douleurs au ventre sans lésions
Dessins (sombres violents ou explicites), verbalisations, crises d'angoisse, bégaiement/murmure en présence de l'opresseur, gestes défensifs/protecteurs etc
Comportement dangereux pour soi, tentative de suicide, mutisme, état de tristesse ou dépression, fugue
Peur de retrouver l'accompagnant à la fin de la séance, crainte de rester avec le parent
Refus face à une demande de contact physique
Sursauts de peur face à certains gestes physiques de l'interlocuteur
Refus d'assister aux cours de SVT quand ils concernent le corps humain
Évocations de "secrets" partagés avec parents
Parole de l'enfant
Excès de soins médicaux
Caries au biberon, parasites, cernes
Je pense aux risques d'excision ou de mariage forcé qui existent dans ma pratique et qui sont d'un registre un peu particulier (=déjouer la maltraitance par anticipation et sur un autre territoire...)

N°5e : Les signes de maltraitance infantile chez l'auteur-e ajoutés par les répondant-e-s (Q17).

Violence physique ou verbale
Rapport à précédemment: trop grande religiosité/primo-arrivant de certaines régions/difficultés d'intégration dues à l'écart culturel et religieux (Désolée, mes propos peuvent paraître xénophobes mais ils ne le sont pas : je travaille avec ces familles, et nous arrivons à éviter des excisions et autres en préparant le terrain avant les voyages et en éduquant les jeunes filles plus âgées en cas de risque de mariage)
J'ai su après coup que j'avais fait un bilan auprès d'un enfant maltraité. J'ai demandé à l'enfant s'il voulait que ses parents sortent pour continuer le bilan, il m'a dit oui avec un sourire. Mais sur le coup, je ne l'ai pas interprété comme quoi, il était si soulagé ...
Regard fuyant envers le personnel médical
menaces, procédurier, accusateur
ruptures brutales dans le suivi, changements de soignant-e-s ++

N°5f : Précisions sur les recherches effectuées par les répondant·e·s sur la maltraitance (Q19).

La prévention de ses violences ou l'ouverture du dialogue à ce sujet
documents, histoires, supports à présenter aux parents, à l'enfant
Informations à donner à l'ado qui veut se débrouiller seul ou avec ses frères et sœurs.
j'ai recherché des formations pour orthophonistes faisant le lien entre vulnérabilité (jusqu'à la négligence) et mise en place du langage : j'ai pu participer à une formation dispensée en ligne par une orthophoniste canadienne qui travaille dans un projet de recherche nommé ELLAN (Mme Sylvestre).
J'ai assisté à une conférence sur les violences conjugales. J'ai suivi des cours de psychologie il y a longtemps... J'attache bp d'importance au lien avec l'enseignant et le médecin traitant, l'éducatrice, la PMI, l'assistante sociale. Ce sont pour moi des garde-fous. Je fais partie d'une CPTS et nous pouvons échanger sur des cas ...J'ai eu et j'ai assez peu de cas préoccupants mais je reste vigilante je crois.... J'attache de l'importance à l'entretien parental avant les tests. En cas de bégaïement, je vois toute la famille pdt plus d'une heure...
Nous avons organisé une formation sur le sujet au cabinet il y a quelques années (mais pas si bien au final). Je lis des articles en ligne ainsi que les recommandations. Pour autant, je pense manquer cruellement de formation et d'informations sur le sujet. Je crois que c'est parce que cette réalité est très éprouvante à envisager (de l'ordre de l'impensable).
Mise en place d'un protocole "Violences intra-familiales" au sein de ma structure de soin (MSP), partenaire référent / personne ressource : éducatrice spécialisée
échange entre collègues
psychologue scolaire
Cours sur la maltraitance infantile (CFUO Strasbourg)
podcasts

N°5g : Précisions sur les difficultés rencontrées par les répondant·e·s (Q23).

Ma tête d'orthophoniste libérale va exploser si je dois ajouter ça à la liste des choses à gérer.
Parfois j'ai peur de suspecter trop vite des maltraitances, je n'ose donc pas me lancer dans des signalements de peur d'aller trop loin s'il ne se passe en fait rien de mal pour l'enfant. Je manque aussi de connaissances quant aux conduites à tenir (poser les bonnes questions à l'enfant, comment se comporter avec le(s) parent(s) si j'ai des suspicions de violence(s), qui contacter et comment se sentir légitime dans ma suspicion sans preuves concrètes...? Et le fait de ne rien faire tout en ayant des suspicions laisse un sentiment de culpabilité énorme
Toujours le doute d'avoir mal interprété
difficulté à assumer cela seule auprès des parents car les signalements ne sont pas anonymes (expérience d'une amie qui a fait un signalement pour l'un de ses petits patients et a dû expliquer seule face aux parents les raisons de ce signalement)
Certains enfants et parents dissimulent très bien
Je sais ce que je pourrais faire mais je ne suis pas sûre que cela soit toujours le plus approprié

peur de nuire
Peur que l'enfant n'ait plus accès aux soins et/ou peur qu'ils fassent les frais de représailles à la maison
Une pression de la part de la famille ou du psychiatre
Croyance qu'en travaillant avec la famille, cela va s'arranger (ce qui est parfois le cas) + désir de préserver le lien thérapeutique (avec l'enfant et la famille)
Je tiens à rajouter qu'entre la théorie et la pratique, il y a un grand fossé. Je connais les signes d'alerte chez les enfants et adultes (formation relativement bien à Montpellier à ce sujet + bon sens) ainsi que la marche à suivre ensuite ; en revanche, en face du patient, c'est très très différent et l'on peut suspecter qqch sans aucune maltraitance en réalité, et inversement...donc difficile de dire « oui » ou « non » à la question précédente. Rien de tranché
Je tiens à préciser que je me suis longtemps sentie trop peu formée, donc je me suis beaucoup formée et je suis formatrice à mon tour sur le sujet
Je souhaite préciser le se sentir seule face à ce cas : j'ai beaucoup de patients qui n'ont pas un médecin traitant fixe (aer rdv dispo sur doctolib) et donc quand je contacte le médecin, il ne voit pas trop de qui je parle...
je pense que le signalement ne se fait pas seul(e) mais en concertation au moins avec le médecin traitant
J'ai fait appel à mes collègues, psycho, psychiatre, Educ., médecin traitant
Déjà repéré et signalé 3 cas de maltraitance. Le pb n'est pas de repérer, le pb est que les services sociaux et ou la gendarmerie ne sont pas à la hauteur des situations.
J'ai déjà fait des IP. Mais ma question résiduelle est : "est-ce-qu'il m'est arrivé de passer à côté avec d'autres patients ?"
Je ferais appel d'abord à d'autres personnes plus compétentes que moi (médecin traitant, services sociaux...) pour faire directement le signalement mais je ne ferai pas rien .
Je pense que tout un chacun s' il est sûr d'avoir repéré des signes de maltraitance, doit le signaler. Si je devais en rencontrer dans ma vie personnelle, je chercherais à savoir quel est le médecin traitant pour l'en informer. En tant qu'orthophoniste, je le signalerais à la psychologue scolaire qui m'indiquera quoi faire ou qui interviendra auprès des services sociaux.

#### 5h : Formations continues effectuées par les répondant-e-s (Q26).

Formation de la CPAM du Maine et Loire
Journée départementale prévention maltraitance infantile
Formation interne au CAMSP en 2018
Hôpital de Montauban
Conférence sur les violences au sein du couple et ce qui m'a frappé et que j'ai retenu c'est le fait de penser aux enfants qui sont victimes indirectes de cette violence (je n'ai plus les références de cette conférence)
Évaluation et intervention orthophonique auprès d'enfants d'âge préscolaire vivant en contexte de vulnérabilité sociale (formation canadienne en classe virtuelle) en 2022
module du DU prise en charge du nourrisson vulnérable en pluridisciplinarité

La première avec une juriste, quand je travaillais en structure, deuxième auprès de la CRIP, une rencontre échanges, et ensuite une formation de l'association colosse au pied d'argile

Oui et non, pas une vraie formation. Un psy spécialisé qui est venu à 2 reprises 2 heures au cabinet. Nous nous étions réunies à plusieurs ortho pour le payer.

#### N°5i : Remarques et suggestions des répondant-e-s (Q28).

Au-delà de savoir quoi faire il y a aussi une peur que le parent cesse les soins avec nous et de ne plus avoir un oeil sur l'enfant, alors que nous représentons un adulte de confiance pour lui (et parfois le seul qui a pu repérer et/ou intervenir)

Je pense qu'il y a tout un tas de trucs inutiles dans les formations initiales mais que ce sujet est encore à peine abordé... c'est hallucinant! Une dernière chose: parfois manque de réaction professionnelle adaptée tout simplement par peur d'agression physique de la part d'un parents... y'a pas de quoi être fière mais c'est sûrement plus courant qu'on ne le croit.

Super sujet, on est tellement seule en libéral..

Sujet douloureux face auquel on est parfois démuni.

Bon courage pour le mémoire et merci pour ce sujet !

Bon courage pour ce sujet difficile mais indispensable

Merci de vous intéresser au sujet

Je ne sais pas si c'est intéressant mais je ne me sens pas assez forte pour faire face à la problématique de la maltraitance. J'en ai souffert dans ma jeunesse mais n'ai pas eu accès à de l'aide extérieure lorsque je l'ai demandée car je n'étais pas frappée par mes parents. Je me sens démunie quant à l'agressivité que peuvent manifester des parents maltraitants et me dégonfle par conséquent. C'est dégueulasse et nul mais je ne sais pas comment faire autrement, on est assez seule en libéral.

Au vu de ma courte pratique et peut-être de ma patientèle composée en majorité par des adultes, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer un cas de maltraitance. Si cela m'arrivait, je pense que je serais plus à l'aise de m'y confronter au sein d'une équipe que seule en libéral par exemple

J'avoue ne pas avoir le temps/le budget de faire une formation payante sur plusieurs jours sur le sujet. Mais si des conférences/réunions d'informations à destination des professionnels de santé étaient organisées sur mon secteur ou en ligne je serais vraiment très intéressée pour y participer. Je pense avoir été informée lors de mes études (jeune diplômée) sur l'obligation pour les orthophonistes de faire un signalement. Mais j'avoue que les modalités précises et les interlocuteurs à contacter restent un peu flous. J'ai vu passer beaucoup de questions à ce sujet sur les réseaux sociaux d'orthophonistes, avec des réponses parfois très différentes...

C'est difficile de ne pas relativiser la parole de l'enfant quand il nous sort des trucs comme "maman elle m'a tapé dans la tête" ou "ma sœur elle me fait des bisous dans la bouche quand on joue au docteur", de savoir tout de suite comment réagir. Évidemment c'est à nous orthophoniste, relation de confiance, en situation duelle, d'agir si l'enfant nous apporte ça, mais je suis clairement insuffisamment formée et je me sens bien seule à gérer toute la vie de ces enfants (patientèle sans structure, handicap T21, tsa...).

C'est un sujet au cœur de mes questionnements et pour lequel je lis et me documente beaucoup, je pense que cela manque cruellement à la formation initiale de nos études d'orthophoniste

La création d'un fascicule sur les conduites à tenir pourrait vraiment m'intéresser !

Si une formation se monte et que vous avez besoin de soutien ou d'une formatrice je serais heureuse que vous

m'interpellez.
Intéressée par les informations sur ce thème. Si par exemple vous avez connaissance d'une formation en direction des orthos je suis preneuse.
bravo pour votre initiative! je me rends compte que c'est un sujet rarement évoqué, mal connu voire un peu tabou (en tous cas pour moi).
Merci pour ce sujet très intéressant et malheureusement pas du tout assez connu. Je pense que beaucoup sont dans le déni comme moi, tant ce sujet est délicat et terriblement triste...
Merci pour ce travail qui est d'une très grande nécessité !!!
bravo pour le choix de ce sujet difficile, mais nécessaire
Excellent sujet de mémoire mettant en lumière une situation qui pose pas mal de questions à l'orthophoniste qui y est confronté(e)...
C'est un sujet important, très insuffisamment abordé dans nos formations et très présent dans nos pratiques. Les effets sont très présents et parfois la raison des symptômes de langage.
Je cherche depuis un moment où et avec quel organisme me former, il y a peu de communication à ce sujet dans les communications auprès des orthophonistes (réseaux sociaux, mailing list des formateurs.ices) et c'est bien malheureux car avec l'école nous sommes en première ligne pour déceler les signes de maltraitance de nos patients (enfants comme adultes dépendants d'ailleurs). Si vous avez des organismes de formation à me conseiller, je suis preneuse!
Je trouverai très intéressant de recevoir des informations schématisées (quoi repérer, quoi faire) lisibles rapidement (de type affiches en a4) à envoyer en masse aux orthos par mail.
proposez une formation ou diffuser des plaquettes dédiées à la maltraitance. La justice ne donne quelquefois aucune suite à un signalement (c'est arrivé dans ma pratique)
Une plaquette d'informations documentée avec des textes de loi (et pourquoi pas les recommandations de la HAS) pourrait être un super support pour les orthos en libéral : on se sent vite seules face aux situations inquiétantes, et le relais n'est pas toujours idéal... savoir quoi faire, dans quel ordre et dans quelles circonstances selon qu'on s'inquiète de la réaction des parents ou non, ce serait... un soulagement !
Sujet très intéressant avec un manque en formation initiale en tout cas à mon époque qui mériterait une vraie place dédiée étant des acteurs du secteur sanitaire et social. Je pense être attentive et consciente des signes flagrants mais pas assez formée aux subtilités pour être un acteur de repérage optimal.
Le sujet est très intéressant et mérite d'être creusé. Il faudrait également une sensibilisation lors de la formation initiale
Nécessité absolue d'être formé au moins informé. Ne pas rester seul en cas de doute. Soutien nécessaire de la personne qui donne l'alerte
j'ai parfois répondu oui (ex sauriez vous quelle conduite adopter) donc je sais en gros, mais pas à 100%
Même si je pense être assez sensible à ce problème, je reste modeste et je crois que l'on peut passer à côté de certaines réalités...Je voudrais bien faire une formation complémentaire mais je n'ai jamais eu cette proposition dans les organismes que je consulte...
J'ai beaucoup d'enfants dans ma patientèle et ce questionnaire m'a fait prendre conscience que je peux tout à fait passer à côté de signes de maltraitance infantile par insuffisance de connaissances. Des formations seraient donc les bienvenues..
Je suis encore plus en alerte/prise de conscience après avoir écouté le podcast "ou peut-être une nuit" sur les violences

sexuelles. Avoir appris la fréquence me fait réaliser que je passe forcément à côté de patients victimes de violences. Donc qu'il est difficile de repérer. Donc je ne connais pas assez les signes..

A la lumière de ce questionnaire je me rends compte que je ne sais rien ou pas grand chose sur les maltraitements envers les enfants alors que je suis très attentive aux maltraitements et violences faites aux femmes.

En plus de 30 ans d'exercice, je n'ai pas rencontré de cas de maltraitance infantile. Je n'ai peut-être pas su les voir!

J'ai malheureusement régulièrement été confrontée à ce genre de situations, j'ai dû faire des IP, j'ai été témoin en gendarmerie. J'ai aussi été menacée par une maman qui maltraitait ses 8 enfants, parce que les pros ne peuvent pas faire d'IP anonymement... (Et j'ai eu sacrément peur) Heureusement que je travaille dans un cabinet avec 6 médecins, seule et isolée dans un cabinet je ne sais pas si j'aurais eu le courage de faire ces IP, déjà parce que discuter permet de savoir faire la part des choses, ensuite parce que l'on sait quand un collègue fait un signalement, et que dans ce cas on ne le laisse pas terminer seul le soir et on reste vigilant. J'ai aussi travaillé avec des enfants de l'ASE; j'ai adoré, le lien avec les enfants et les éducateurs était très fort. Mais j'ai vraiment déploré de ne pas avoir été formée correctement pour accueillir ces enfants. En tous cas, bravo pour ce mémoire nous ne sommes pas assez formés alors que nous sommes en première ligne: nous sommes souvent les seuls adultes pros à consacrer régulièrement 100% de notre temps et de notre attention à l'enfant/ado. Il est extrêmement fréquent que dans nos bureaux émergent les histoires de harcèlement, ou de violence

Votre questionnaire tombe à point nommé. Vu les statistiques et le nombre d'enfants passés par mon cabinet, je suis effarée de n'avoir fait que 3 signalements, un pour coups (que l'enfant m'a signalés spontanément) 2 pour défaut de soins. Aucune violence sexuelle. Je suis donc forcément passée à côté de maltraitance et pourtant j'ai une excellente relation avec mes patients et des suivis longs qui laissent le temps à l'enfant de s'exprimer.

Ce questionnaire était très intéressant et le sujet est vraiment très important effectivement, en particulier dans les quartiers défavorisés tels que celui de mon exercice. Merci pour cela. :) J'aurais, en revanche, une petite suggestion à vous soumettre, qui serait de proposer aux personnes remplissant le questionnaire de noter les signes d'alerte qu'ils connaissent (enfant et auteur) AVANT de proposer des réponses à cocher. En effet, cela peut tromper la personne (lorsqu'on lit les propositions, cela paraît évident que c'est à cocher, tandis que sans propositions et/ou en face du patient, tout cela est bien plus flou et moins bien défini. On ne pense pas forcément spontanément à tous les signes d'alerte). Ça pourrait être intéressant de regarder la différence entre ce qui vient spontanément en tête aux orthophonistes et ce qu'ils connaissent réellement à travers votre QCM.

Merci de traiter de ce sujet, nous avons du travail pour prévenir et protéger. J'ai de la chance de travailler en structure (CAMSP) avec une assistante sociale... Nous sommes régulièrement confrontés à des situations de maltraitance et le fait d'être en équipe est un avantage certain pour lancer les démarches et dialoguer avec les parents.

J'aimerais préciser que si j'ai pu répondre oui à certaines questions c'est parce que j'ai vécu des constats de maltraitance infantile, que j'ai donc en quelques sortes appris sur le tas, mais avant cela je ne savais pas du tout comment procéder pour signaler par exemple... Je pense que si formation il y a, au-delà du repérage, il serait également important d'apprendre à savoir recueillir la parole des enfants car c'est souvent eux qui se confient directement à l'orthophoniste concernant leur situation.

C'est un sujet très important et les soignant-e-s et particulièrement les orthophonistes y sont peu sensibilisés. Cela devrait être dans nos questionnaires d'anamnèse. Pour moi, cela m'a été "révélé" lors de mon changement de médecin traitant. Je suis arrivée dans une MSP avec de jeunes médecins et lors de la première consultation, il m'a été demandé si j'étais en sécurité dans ma vie de couple ou qq chose de ce type. Sur le moment ça m'a étonné mais depuis je réalise à quel point cela peut être important de poser cette question dès le début d'une relation thérapeutique.

Plaquettes d'information sur maltraitance en libre service dans ma salle d'attente (suite à demande d'une maman faisant partie d'une association)

Je rencontre de plus en plus de parents en difficultés avec leur enfant. on n'en parle beaucoup moins mais cela existe: la maltraitance de l'enfant envers son parents: tyrannie intra-familiale, beaucoup plus difficile à démontrer car beaucoup de signes de maltraitance infantile sont aussi des signes de maltraitance parentale (opposition, labilité émotionnelle,

agressivité... souvent inclus dans un diagnostic type: HPI, TDAH, TSA, TOP, TDDE,.. pour plus d'information voir l'association REACT, ou HyperSuper TDAH France)

Les us et coutumes des différentes ethnies et religions autorisent parfois ce qui est inacceptable pour des laïcs français

**Annexe n°6 : Tableaux d'analyse croisée.**

6a : L'envie de se former chez les orthophonistes ayant déjà suivi une formation sur la maltraitance.

	Oui	Non	Ne savent pas	Total
Effectifs	5	2	3	10

6b : L'autoévaluation des connaissances des orthophonistes n'envisageant pas de se former.

	Insuffisantes	Suffisantes	Je ne sais pas	Total
Effectifs	17	6	5	28

6c : Exploration du lien entre le ressenti du manque de formation et le fait d'avoir déjà suspecté au moins un cas de maltraitance infantile parmi sa patientèle.

Ressentent un manque de formation au repérage	Oui	Non	Total
N'ont jamais suspecté	34	8	42
Ne savent pas	9	2	11
Ont déjà suspecté	76	36	112
Total	119	46	165

# Annexe n°7 : Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduites à tenir (HAS, 2017).



**Fiche Mémo**  
**Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir**  
Octobre 2014  
Mise à jour Juillet 2017

### Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

**La situation**

- Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :
  - chez l'enfant :
    - la 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 (préparation 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.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

**L'anamnèse**

- Une maltraitance est à évoquer :
  - chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;
  - à tout âge devant :
    - des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
    - une lésion pour laquelle :
      - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme évoqué,
      - l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
      - un retard de recours aux soins,
      - des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
      - des antécédents d'accidents domestiques répétés,
      - une ou plusieurs tentatives de suicide,
      - des fugues et conduites à risque,
      - une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
      - des faits de maltraitance dans la fratrie.

**Des signes physiques**

**Echymoses**

- Sont évocatrices d'une maltraitance les :
  - echymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 petites mains marchées) ;
  - echymoses sur des parties concaves du corps (poignets, fesses, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
  - echymoses multiples d'âge différent ;
  - echymoses de grande taille ;
  - echymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (echymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir | 1

1

**Messages clés**

- Y prêter souvent :
  - la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
  - elle existe dans toutes les classes sociales ;
  - il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :
  - le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

**Préambule**

La maltraitance est définie par la non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1). La loi du 8 mars 2007 réaffirmant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

La présente fiche mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir - concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être. Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une attention plus particulière sur la place des médecins (compétence liée de leur rôle décisionnel). Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les occasions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitances sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : 1. les aspects législatifs et réglementaires ; 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

**Des signes physiques (suite)**

**Brûlures**

- Sont évocatrices d'une maltraitance les :
  - brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussures) ;
  - brûlures par contact reproduisant la forme de l'objet en cause (appareils ménagers, cigarette) ;
  - brûlures qui atteignent les plis ;
  - brûlures sévères sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
  - lésions d'abrasion (pouvant immerger des brûlures) des poignets et des chevilles (contusion par liens).

**Mesures**

Généralement, une trace de mesure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans echymose centrale associée.

**Fractures**

- Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
  - chez un nourrisson ;
  - toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
  - à tout âge :
    - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra).

**Lésions viscérales**

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter. Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe pivot (foie et pancréas notamment) ou de viscére craux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

(L'association de lésions de types différents : contusions, fractures, brûlures, echymoses, etc.).

**Des signes de négligences lourdes**

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie viscéro-périphérique, anémie psychosociale). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraver le développement de l'enfant.

**Des signes de maltraitance psychologique**

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

**Des signes comportementaux de 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 et compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir | 2

2

**Des signes comportementaux de l'entourage**

- vis-à-vis de l'enfant :
  - parent ou adulte entrusté s'imposant à la consultation médicale, portant à la place de l'enfant,
  - ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de gestes, de parole),
  - parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptable avec l'enfant,
  - parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;
- vis-à-vis des intervenants :
  - minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
  - dénigrement ou accusation de l'enfant,
  - refus des investigations médicales ainsi que du tout suivi social sans raison valable,
  - ou attitude d'hyper recours aux soins,
  - attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

**Que rechercher et comment ?**

**À l'examen clinique**

- il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant devant comporter :
  - la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
  - l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
  - un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
  - un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
  - une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte vésiculaire (détente abdominale, douleur, masse...)
  - une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

**Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant**

- il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :
  - les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
  - les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
  - le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
  - l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
  - la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présent ou un témoin passif.

**Au cours de l'entretien avec l'enfant**

- il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :
  - situer l'enfant par des questions d'ordre général (positives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
  - laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordance entre les lésions observées et les explications données.

Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir | 3

Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir | 4

3

## Que rechercher et comment (suite) ?

### À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier

- Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
  - chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :
    - fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
    - fractures des extrémités (poignets, doigts : par torsion) ;
  - à tout âge :
    - fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,
    - fractures complexes du crâne (avec éventuels débris cérébraux),
    - abcès/œdèmes épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
    - fractures péliculaires (par torsion),
    - fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverses) ou par torsion (oblique ou spirale).

## Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, sans guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (ou de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

## Décisions possibles pour protéger l'enfant

### Quelques règles de base

- Le médecin est tenu de protéger l'enfant (art. 43 et 44 du Code de déontologie médicale [annexe 1.2]).
- Il existe des situations où l'hospitalisation immédiate est nécessaire :
  - lorsque l'enfant est un nourrisson ;
  - lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
  - lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire.
- Le médecin peut être amené à rédiger un certificat médical initial (CMI) qui ouvrira des droits à réparation.

### Décisions possibles

#### En situation d'urgence

- En cas d'urgence vitale, appel du SAMU contre 15 pour transférer de l'enfant à l'hôpital qui doit faire le signalement.
- En cas de danger important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec autres personnes au domicile de l'enfant), il faut :
  - hospitaliser sans délai : prévenir le service des urgences et s'assurer de la venue effective de l'enfant ;
  - informer le procureur de la République par téléphone et adresser le signalement par fax et courrier en gardant une copie (annexe 2). Le signalement est réalisé, après concertation, soit par le médecin qui adresse l'enfant, soit par l'hôpital.

10/10/2008 - Maltraitance chez l'enfant - copyright et consulté à www. | 1

## Décisions possibles pour protéger l'enfant (suite)

### En dehors des situations d'urgence

- Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.
- Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.
- La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

### En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (enquête systématique des facteurs de vulnérabilité somatiques, sociaux, psychosociaux) [cf. RFP - Préparez l'un à la naissance - HAS 2003], et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé (assistantes PMI, CAMSP, CMPP, services sociaux).

## Obligations et risques pour le médecin

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant ; et si non assistance visé - non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir - (pour protéger l'enfant), il n'y a ici aucune exception, professionnels et non professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT le signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République [voir annexe 1.3].

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénigrement de personne, pas de nom cité (voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 3).

## Cas particuliers

### Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que, lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

### Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille

- En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant décédé n'ont pas directement alerté le centre 15 :
  - il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15.

10/10/2008 - Maltraitance chez l'enfant - copyright et consulté à www. | 1

## Cas particuliers (suite)

### Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

- Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :
  - de procéder à un examen complet de l'enfant (notamment les lésions cutanéo-muqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
  - de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entendre si possible mené par le même intervenant et rechercher d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
  - de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
  - d'organiser une prise en charge systématiquement médicale de l'enfant et des parents ;
  - de remplir une fiche d'intervention (lien RFP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
  - d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
  - de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant.

### Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.). Certains signes (psychoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, malgré antécédents) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas : aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (notamment autopsiques).

### Établissement du certificat de décès

- Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes :
  - Lors de la constatation du décès, compiler un certificat de décès à transmettre à l'état civil :
    - partie administrative : si décès non suspect cocher la case « prélevements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
    - partie médicale : mentionner la cause la plus probable du décès.
  - Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.

## Syndrôme du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement. Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois. La taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La reconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable. Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

### Signes orientant vers une atteinte neurologique

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plissement du regard, évocation une atteinte grave avec hyperflection intracranienne aiguë, voire un engourdissement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

10/10/2008 - Maltraitance chez l'enfant - copyright et consulté à www. | 1

## Syndrôme du bébé secoué (suite)

### Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrées, souvent catégorisés à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

### Examen clinique

Examiner, sur un nourrisson éveillé, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de courbe, le rectochochylisme sur tout le corps, y compris sur la cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'arrière de la bouche, le cou, les creux aillaires.

### Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :

- association de vomissements avec une lésion de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
- association de convulsions avec une hypotonie axiale, une lésion de la fontanelle ;
- lésion de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe du périmètre crânien.

### Anamnèse

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien mineur ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

### Conduite à tenir en urgence

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

## Maltraitance sexuelle intrafamiliale

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

### Le dévoilement du mineur

- Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.
- Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.
- Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou valoir dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation.

### Signes d'appel

- Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.
- Signes généraux : manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).

10/10/2008 - Maltraitance chez l'enfant - copyright et consulté à www. | 1



## **Annexe n°8 : Ressources pour aller plus loin.**

Site internet : <https://www.memoiretraumatique.org/>

Site internet : <https://www.violencesconjugales-enfants.fr/>

Site internet : <https://association-cvm.org/>

Site internet : <https://www.ciivise.fr/>

Site internet : <https://stopveo.org/>

Site internet : <https://www.projetellan.com/>

Publications de : M. Salmona, E. Durand, A. Miller et P. Romito

Livre : “Quand on te fait du mal” de M. Salmona et S. Fall, illustré par Claude Ponti (PDF disponible gratuitement en ligne)

Vidéo Youtube “Sauriez-vous reconnaître des violences conjugales (probablement pas) ?” sur la chaîne Marinette - Femmes et féminisme

Vidéos Youtube “Anna” sur la chaîne Aborder la violence

Compte Instagram “Pour une MEUF”

MOOC Agir contre les maltraitance vis-à-vis des enfants : L’affaire de tous

MOOC Protection de l’enfance (CDEF de Gironde)

MOOC Les professionnels de santé acteurs de la protection de l’enfance (CDEF de Gironde)

### Annexe n°9 : Calcul de la taille de l'échantillon.

$$\text{Taille idéale de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

$z = 1,96$  pour un niveau de confiance de 95 % (issu de la loi Normale étant donné que  $N > 30$ )

$p = 0,5$  : valeur communément admise donnant la dispersion maximale de la population)

$e = 0,05$  pour une marge d'erreur tolérée de 5 %

$N = 20\,657$  : taille de la population étudiée : nombre d'orthophonistes pratiquant l'exercice libéral en France (DREES, 2022)

$$((1,96^2 \times p(1-p)) : e^2) : (1 + (z^2 \times p(1-p)) : e^2 \times 20\,657) = \mathbf{377,15} \text{ (valeur arrondie au centième)}$$

En conclusion, dans cette étude la taille de l'échantillon idéal pour en déterminer la représentativité serait de **378** avec un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %.

# RÉSUMÉ

## **La maltraitance infantile : étude exploratoire du besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral.**

Il y aurait 10 % d'enfants maltraités en France. Les orthophonistes, prenant en charge majoritairement des patient·e·s mineur·e·s, y sont confronté·e·s. Par ailleurs, les soignant·e·s exerçant en libéral sont particulièrement démuni·e·s face à ce problème de santé publique. Il est donc important d'étudier le besoin d'actualisation des connaissances des orthophonistes libéraux·ales sur la maltraitance infantile. Un questionnaire a été élaboré et diffusé afin d'effectuer un état des lieux des connaissances des orthophonistes exerçant en libéral ainsi que de leurs besoins. Nos résultats montrent un manque de connaissances chez les répondant·e·s causé en partie par un manque de formation sur le sujet. Ce besoin d'actualisation des connaissances est reconnu par les répondant·e·s qui font part de plusieurs difficultés en lien avec le repérage de la maltraitance et le suivi des recommandations. De plus, nous avons mis en évidence plusieurs aspects encourageants comme le fait que les orthophonistes ont conscience du besoin de mise à jour de leurs connaissances. Il est donc crucial de compléter et d'actualiser ces savoirs par le biais d'informations détaillées et récentes. Il faut également les sensibiliser à la nécessité d'envisager plus souvent les violences faites aux enfants dans leur patientèle. Nos hypothèses sont vérifiées sur l'échantillon interrogé mais ne sont pas validées pour la population générale des orthophonistes libéraux·ales. Cette étude permet d'enclencher une prise de conscience individuelle et constitue un point de départ dans l'analyse des pratiques orthophoniques en termes de protection des enfants maltraités. Elle réaffirme également la légitimité des orthophonistes à prendre part à la protection de ces enfants.

Mots-clefs : Orthophonie, Maltraitance infantile, Repérage, Protection de l'enfance.

# ABSTRACT

## **Child abuse : an exploratory study of the need to update the knowledge of speech therapists in private practice.**

10% of French children are estimated to be abused. Speech therapists, most of whom work with minors, are confronted with this problem. Moreover, private practitioners are particularly ill-equipped to face this public health problem. Therefore, it is important to study the need for liberal speech therapists to update their knowledge on child abuse. A questionnaire was drawn up and circulated to assess the knowledge and needs of speech therapists in private practice. Our results show a lack of knowledge among respondents, in part due to a lack of training on the subject. The need to update knowledge is admitted by respondents, who report several difficulties in identifying abuse and following up on recommendations. On the bright side, we have highlighted several encouraging aspects, such as the fact that speech therapists are aware of the need to update their knowledge. Therefore, it is crucial to supplement and update this knowledge with detailed, up-to-date information. They also need to be made aware of the need to consider child abuse more often in their practice. Our hypotheses are verified for the sample surveyed, but are not validated for the general population of self-employed speech therapists. This study enables one's individual awareness to rise and provides a starting point for analyzing speech therapy practices in the protecting abused children aspect. It also reaffirms the legitimacy of speech therapists' role in protecting these children.

Key words : Speech therapy, Child abuse, Identifying, Child protection.