

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évaluation de l'état des connaissances des internes de
médecine générale de Lille concernant la maltraitance
infantile ainsi que détermination des éventuels freins au
signalement**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 2023
à 14 :00 au pôle Formation

Par Claire DUPONT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne-Lise BETTENCOURT-MORILLON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DPO	Délégué à la Protection des Données
ECN	Épreuves Classantes Nationales
GEP	Groupes d'Échanges de Pratiques
IP	Information Préoccupante
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPE	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
TGI	Tribunal de Grande Instance

Sommaire

Avertissement	3
Sigles	4
Sommaire.....	5
Introduction	7
1 Définitions juridiques de la maltraitance	7
2 Les différents types de maltraitance	7
3 Quelques chiffres.....	8
4 Connaissances utiles aux médecins généralistes	9
4.1 Facteurs de risque de maltraitance	9
4.2 Signes d'alerte	9
4.3 Caractéristiques des ecchymoses en lien avec la maltraitance	9
4.4 Caractéristiques des brûlures en lien avec la maltraitance	9
5 Mesures de protection pouvant être entreprises par les médecins généralistes	10
5.1 Aspects légaux du secret médical	10
5.2 Information préoccupante	10
5.3 Signalement judiciaire.....	11
5.4 Freins au signalement de la maltraitance	11
5.5 Numéros utiles.....	12
6 Formations des internes de médecine générale à Lille	12
Matériel et méthodes	13
1 Design de l'étude et population étudiée.....	13
2 Recrutement	13
3 Réalisation du questionnaire	13
4 Analyse de données	14
5 Analyse statistique.....	14
5.1 Analyses bivariées.....	14
5.2 Significativité.....	15
6 Cadre réglementaire	15
Résultats	16
1 Description de l'échantillon	16
2 Description des patients à l'inclusion.....	16
3 Score sémiologique	17

4	Score juridique.....	18
5	Freins au signalement	19
6	Axes d'amélioration de la formation.....	20
	Discussion.....	21
1	Principaux résultats	21
1.1	Score sémiologique	21
1.2	Score juridique.....	21
1.3	Freins au signalement	22
2	Limites de l'étude.....	22
3	Points forts de l'étude	23
4	Validité externe	23
5	Choix des thématiques abordées	23
6	Perspectives, pistes d'amélioration	24
	Conclusion	25
	Références.....	26
	Annexe 1.....	28
	Annexe 2.....	31
	Annexe 3.....	33
	Annexe 4.....	37
	Annexe 5.....	39

Introduction

1 Définitions juridiques de la maltraitance

La maltraitance a été remplacée depuis 2007 dans le Code Civil et le Code de l'Action Sociale et des Familles par la notion d'enfant en danger . C'est à ce moment là qu'apparait la notion d'enfant « à risque de danger », ce qui constitue donc deux catégories différentes. La maltraitance est incluse dans cette notion d'enfant en danger ou à risque de l'être.

L'article 375 du Code Civil définit l'enfant en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. L'enfant à risque de danger est dans une situation, un environnement, où il est à risque de voir les conditions précédentes compromises.[1]

Le 7 février 2022, l'article L-119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles est créé, définissant la maltraitance comme suit : « *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.* »[2]

L'OMS définit quant à elle la maltraitance comme suit : « *La maltraitance de l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus 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.* »[3]

2 Les différents types de maltraitance

La maltraitance peut se décomposer comme suit : maltraitance physique, maltraitance psychologique, abus sexuel et négligence.

La **maltraitance physique** désigne tout acte de violence physique, toute blessure infligée à un enfant ou geste étant à risque de lui infliger une blessure. Ces actes n'ont pas besoin d'être habituels ou répétés pour être considérés comme de la maltraitance, et donc être répréhensibles par la loi. On peut noter comme exemple de lésions infligées les ecchymoses, brûlures, fractures, piqûres, morsures, empoisonnement ou encore le fait de forcer un enfant à consommer des substances dangereuses (alcool, tabac, stupéfiants, etc.).[4]

La **maltraitance psychologique** se définit par toute agression psychologique, mettant notamment en péril la sécurité relationnelle et affective de l'enfant. Cette violence psychologique est punie par la loi au même titre que la violence physique. On retrouve dans cette catégorie de maltraitance l'humiliation, l'exploitation, le sadisme verbal, les insultes ou propos dénigrants, les menaces, l'intimidation, etc.[4]

Les **abus sexuels** désignent tout acte à connotation sexuelle imposé à un enfant. Le terme d'agression sexuelle désigne les actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Il est à noter qu'en France, la notion de contrainte peut être retenue du fait de la différence d'âge entre l'enfant et son agresseur ou de l'autorité que ce dernier exerce sur l'enfant. De plus, les atteintes sexuelles sont punies par la loi même sans notion de contrainte, menace, violence ou surprise. On retrouve donc dans ce champ des abus sexuels les agressions sexuelles, les viols, les mutilations sexuelles, la pédopornographie, la corruption de mineur (le fait de rendre témoin un mineur d'actes ou d'images à caractère sexuel) ainsi que la prostitution de mineurs.[4]

La **négligence**, de la part des personnes responsables de l'enfant, consiste à le priver d'éléments indispensables à son bon développement et son bien-être. On peut parler de maltraitance par omission avec des adultes qui ne se mobilisent pas pour le bien-être de l'enfant. On peut citer comme exemple la privation de sommeil ou de nourriture, un défaut d'attention ou de soins, etc. La négligence peut ne pas être intentionnelle, mais elle met tout de même l'enfant en danger, tant physiquement que dans son développement, et c'est en cela qu'elle s'inscrit dans le champ de la maltraitance.

3 Quelques chiffres

La maltraitance est un réel enjeu de santé publique. Au 31 décembre 2020, il était recensé 201 348 enfants confiés à l'ASE, dont 140 024 avec mesure de placement judiciaire. On note également près de 170 000 mesures d'actions éducatives à domicile ou en milieu ouvert. Au total, il existait 1,1% des 0-20 ans en France en mesure de placement ou sous mesure d'aide éducative. [5]

En 2021, le 119, Service National de l'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger, recensait 40 334 enfants concernés par une situation de danger, faisant réaliser 31 873 informations préoccupantes.

Une augmentation des chiffres de maltraitance intrafamiliale au cours de la pandémie de COVID-19 a pu être observée, probablement en lien avec les épisodes de confinement. En effet, l'ONPE a recensé en 2020 33 468 enregistrements auprès des services de police de maltraitance sur mineur dans un cadre intrafamilial, avec une augmentation de 10% par rapport à 2019. En 2020, on notait également 49 infanticides, toujours dans l'environnement intrafamilial.

4 Connaissances utiles aux médecins généralistes

4.1 Facteurs de risque de maltraitance

Un certain nombre d'études a été réalisé dans le monde sur les facteurs de risque de maltraitance. On peut retenir ceux-ci : jeune âge des parents, famille recomposée ou monoparentale, famille nombreuse, enfant prématuré, pleurs fréquents, enfant porteur d'un handicap ou d'une pathologie chronique, troubles du comportement, grossesse multiple, antécédent de pathologie psychiatrique chez le/les parent(s), antécédent de maltraitance sur les parents au cours de leur enfance, carences éducatives parentales, violence conjugale, isolement social, etc.[6–8]

Le niveau socio-économique des parents est un facteur de risque qui a été mis en évidence par de nombreuses études. La conclusion est le plus souvent la même : un niveau socio-économique peu élevé, la précarité, sont des facteurs de risque de maltraitance ou de négligence de l'enfant.[6]

4.2 Signes d'alerte

Il existe des éléments de l'interrogatoire ou dans l'histoire de l'enfant pouvant alerter les praticiens sur la présence éventuelle de maltraitance, ou un risque plus élevé de maltraitance.

On retrouve parmi ces signaux d'alerte des éléments liés à l'enfant lui-même, notamment le manque d'hygiène, un mutisme, une anxiété importante, hostilité, fuite du regard ou au contraire quête affective inappropriée, cris ou pleurs incessants, etc.

Les signaux qui concernent les parents sont des comportements inappropriés tels que l'état d'ivresse ou des signes de consommation de toxiques, agressivité, chantage, menaces, refus d'hospitalisation ou de prise en charge de l'enfant, délai anormalement long de consultation, carnet de santé non rempli signant un défaut de suivi médical, rejet de l'enfant, dévalorisation, humiliation, violence physique ou verbale, etc. [8]

4.3 Caractéristiques des ecchymoses en lien avec la maltraitance

Les ecchymoses sont fréquentes chez les enfants. Pour autant, il ne faut pas toutes les associer à de la maltraitance. Celles qui doivent nous alerter sont [8–10]:

- les ecchymoses chez les enfants qui ne se déplacent pas encore seuls,
- les lésions prenant la forme d'objets (boucle de ceinture), ou de doigts,
- les lésions sur des zones non convexes du corps : les sites préférentiels d'ecchymoses sont les genoux, le front, les coudes, les crêtes tibiales alors que les lésions sur les joues, les oreilles, le ventre ou les zones couvertes par les vêtements de façon générale sont suspectes
- les ecchymoses multiples, notamment d'âges différents ou de grande taille

4.4 Caractéristiques des brûlures en lien avec la maltraitance

Les brûlures accidentelles comportent souvent des éclaboussures, elles sont unilatérales, concernent une surface peu importante du corps, habituellement moins de 5% de la surface corporelle totale.

Les brûlures devant faire évoquer la maltraitance sont [11]:

- Brûlures à bords nets
- Brûlures dont la forme évoque un objet spécifique : cigarette, fer à repasser, etc.
- Brûlures multiples et/ou associées à d'autres lésions, brûlures d'âges différents
- Brûlures sur des zones couvertes par les vêtements
- Brûlures bilatérales, souvent symétriques, devant faire évoquer une brûlure par immersion
- Brûlures étendues, concernant > 10% de la surface corporelle totale

5 Mesures de protection pouvant être entreprises par les médecins généralistes

5.1 Aspects légaux du secret médical

Le secret professionnel est régi par [l'Article 226-13 du Code Pénal](#) : « . La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » .

Pour autant, [l'Article 226-14](#) constitue une dérogation à ce secret professionnel dans les termes suivants : « Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ». [12]

5.2 Information préoccupante

La rédaction d'une information préoccupante concerne les situations où l'enfant n'est pas en danger immédiat ou vital, mais où le professionnel de santé suspecte une situation de maltraitance, de quelque type que ce soit, comme défini précédemment.

Dans ce cas, il peut rédiger une information préoccupante auprès de la CRIP qui est un organisme départemental. Le but de cette information préoccupante est d'alerter le Président du Conseil Général d'une situation d'enfant en danger ou à risque de l'être, afin de procéder à une évaluation et de déterminer les actions d'aide, voire de protection, nécessaires au mineur ainsi qu'à sa famille. [13]

Cette information préoccupante peut être rédigée par le médecin traitant, avec appui possible par le médecin scolaire ou de PMI. Elle permet une enquête sociale, mais n'entraîne pas de placement judiciaire d'office de l'enfant. Il est nécessaire de rappeler qu'en situation de doute, il est préférable de réaliser l'information préoccupante, plutôt que laisser un enfant en potentiel danger sans mesure de

protection. La loi protège la personne faisant le récit de la suspicion de maltraitance infantile, il n'est pas possible de poursuivre cette personne pour dénonciation calomnieuse, sauf s'il est démontré une volonté de diffamation envers l'auteur présumé des faits.

La CRIP travaille en relation étroite avec le 119, numéro mis en place par l'état pour aider au signalement de la maltraitance. Les informations préoccupantes peuvent être rédigées par tout citoyen, de profession médicale ou non. Un modèle de rédaction est disponible sur le site de la CRIP ([Annexe 1](#)).

5.3 Signalement judiciaire

Le signalement judiciaire est fait auprès du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance (TGI). Cette démarche concerne les situations d'une extrême gravité avec nécessité d'une protection judiciaire de l'enfant sans délai.

Ce signalement concerne des cas précis : les situations d'urgence (le Procureur de la République est le seul habilité à prononcer une ordonnance de placement provisoire ou OPP), les cas de suspicions d'infractions à caractère sexuel ou de violences particulièrement caractérisées ou lorsque le Président du Conseil Général juge un signalement nécessaire dans les suites d'une information préoccupante, notamment dans les cas où le mineur fait l'objet de plusieurs évaluations n'ayant pas permis de résoudre la situation, devant des familles opposantes ou l'impossibilité d'évaluer la situation.

La transmission du signalement judiciaire peut se faire par courrier ou par mail en cas d'urgence. Un modèle est disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. ([Annexe 2](#))

Dans le cas où le danger est important, la situation urgente ou si le médecin craint la réaction des parents à l'évocation de maltraitance, il peut faire hospitaliser l'enfant, prétextant un autre motif, afin de s'assurer de sa sécurité. Le signalement pourra ainsi être réalisé en hospitalisation ou par le service des urgences.

5.4 Freins au signalement de la maltraitance

Peu d'études sont présentes dans la littérature concernant les freins au signalement de maltraitance, et notamment aucune dans la Région Nord-Pas-de-Calais. Pour autant, celles réalisées dans d'autres régions mettent en évidence les raisons suivantes : le manque de formation sur le sujet (frein majeur), la peur de faire un diagnostic erroné et d'être accusé de dénonciation calomnieuse, la méconnaissance du rôle exact des services de protection de l'enfance mais aussi celle du cadre de vie de la famille, l'absence de retour sur des prises en charges précédentes, la crainte de faire une erreur lors de la rédaction de l'IP ou du signalement, l'ignorance ou la difficultés des procédures, la peur des conséquences pour les familles, la peur de la rupture du lien et de la confiance des familles ou encore la peur des représailles.[14,15]

Dans le cas où le médecin est réticent à réaliser un signalement ou une information préoccupante, notamment parce qu'il craint de briser la relation médecin/patient, il est utile de rappeler que l'information préoccupante peut être réalisée de façon anonyme, avec un appel auprès du 119. Ce service est habilité à rédiger les informations préoccupantes. Puis la CRIP et le Président du Conseil

Régional pourront, s'ils le jugent nécessaire, réaliser un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République du TGI.

De plus, devant une situation de maltraitance, la loi rend obligatoire le signalement aux autorités compétentes si le sujet est mineur, sous peine de poursuites judiciaires.[16,17]

5.5 Numéros utiles

CRIP du Nord : 03.59.73.80.16, infopreoccupante@lenord.fr

CRIP du Pas-de-Calais : 03.21.21.89.89, informationspreoccupantes@pasdecalais.fr

Les signalements judiciaires sont à adresser aux substituts du Procureur de chaque territoire. Un appel auprès des services de Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) afin de savoir où adresser le signalement est possible :

Nord : 03.20.57.56.67

Pas-de-Calais : 03.21.21.29.70

6 Formations des internes de médecine générale à Lille

Dans la formation des internes de médecine générale à Lille, en termes de cours théoriques, il n'existe à ce jour pas d'intervention concernant la maltraitance infantile. Deux interventions de 3h sont réalisées au cours de 3 années d'internat sur la pédiatrie, animées le plus souvent par le même intervenant.

Ces interventions se déroulent sous la forme d'échanges de pratique, avec des recherches réalisées par les étudiants pendant les heures de cours, puis chaque groupe présente au reste des étudiants ses recherches. Le cours auquel j'ai assisté ne concernait pas du tout la maltraitance. Il est donc possible qu'au cours de leur cursus, les internes de médecine générale n'aient jamais reçu de formation sur le sujet.

De plus, l'intérêt du sujet de cette thèse part d'un constat simple : parmi mes co-internes, la plupart ne savent pas dans quelles circonstances réaliser une IP ou un signalement judiciaire, ni comment le faire en pratique. D'autres hésitaient à le faire pour diverses raisons.

Le but de cette thèse est donc d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale de Lille en termes de maltraitance infantile et des conditions de signalement. On mettra également en évidence, comme objectif secondaire, les éventuels freins au signalement auxquels sont confrontés ces internes, permettant ainsi de réfléchir à des solutions (formation universitaire, plaquettes d'information à destination des internes, etc.).

Il n'existe à l'heure actuelle pas d'étude récente sur l'état des connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, ou des internes de médecine générale, concernant la maltraitance infantile. De plus, la HAS et l'OMS estiment que les chiffres de maltraitance sont largement sous-estimés. Il serait raisonnable de penser qu'un manque de connaissance et de formation des médecins généralistes puisse jouer un rôle dans cette sous-estimation. L'objectif de cette étude est donc de déterminer si la formation des internes permet une amélioration des connaissances en termes de maltraitance et sur la réalisation de son signalement.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude et population étudiée

Il s'agissait ici d'une étude quantitative, observationnelle, monocentrique, auprès des internes inscrits au DES de médecine générale de la Faculté de médecine de Lille, ainsi qu'auprès de remplaçants non thésés, ayant terminé leur DES de médecine générale récemment.

Le recrutement a été réalisé entre juin et juillet 2023. Les critères d'inclusion étaient: être inscrit au DES de médecine générale de Lille ou être remplaçant non thésé/non installé et avoir été inscrit au DES de médecine générale de Lille par le passé. Les praticiens installés et/ou ayant déjà passé leur thèse étaient exclus.

2 Recrutement

Le recrutement a été réalisé essentiellement par le biais des réseaux sociaux, notamment Facebook® et les différents groupes réunissant les membres de chaque promotion.

Une partie s'est déroulée par le bouche à oreille, en sollicitant mes connaissances, anciens ou actuels co-internes et anciens maîtres de stage, en leur demandant de diffuser à leur tour le questionnaire.

Pour chaque groupe de personnes sollicité, il a été réalisé entre un et trois rappels afin d'obtenir autant de participations que possible.

3 Réalisation du questionnaire

En l'absence de questionnaire validé pour l'évaluation des connaissances concernant la maltraitance, le questionnaire a été réalisé en s'appuyant sur une revue de littérature. Dans Pubmed et GoogleScholar, les mots clés utilisés, ainsi que leur traduction française étaient: Child abuse, Child neglect, Physical abuse, Risk factor, Dépistage, Diagnostic, General Practitioner, Resident, Report, Information préoccupante, Signalement Judiciaire.

Nous nous sommes appuyés sur les bases de données SUDDOC et Pépites afin de prendre connaissance des thèses déjà réalisées sur le sujet de la maltraitance infantile, des connaissances des médecins généralistes et des internes en matière de maltraitance.

Le questionnaire comporte trois parties différentes.

La première partie recense les informations spécifiques à chaque participant de l'étude afin de réaliser une description de la population.

La deuxième partie permet une appréciation des connaissances des personnes interrogées, notamment sur le cadre légal relatif à la maltraitance, les facteurs de

risque et signes d'alerte ainsi que les lésions spécifiques, les informations pratiques quant à la réalisation du signalement ou de l'IP.

La troisième partie permet de dégager des axes d'amélioration concernant la prise en charge de la maltraitance ainsi que la formation des internes de médecine générale sur le sujet. Une question concerne les freins au signalement, qui sont l'objectif secondaire de cette thèse.

Le questionnaire (**Annexe 3**) a d'abord été testé sur 3 internes afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles, puis adapté sur LimeSurvey afin de pouvoir le diffuser de façon dématérialisée. Les réponses au questionnaire sont anonymisées.

4 Analyse de données

Les réponses ont été répertoriées dans un tableau EXCEL®. Les réponses incomplètes aux questionnaires n'étant pas exploitables ont été exclues de l'étude.

Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée a été réalisée. Les différentes variables qualitatives et quantitatives ont été décrites en termes d'effectifs et pourcentages.

Afin de pouvoir comparer chaque participant avec les autres, nous avons créé un score, allant de 0 à 30. Il attribue un point à chaque bonne réponse, zéro à chaque mauvaise réponse sur les questions concernant les facteurs de risque de maltraitance, les signes d'alerte, les caractéristiques des ecchymoses et des brûlures suspects. Nous avons appelé ce score le « score sémiologique ».

Dans le même but, nous avons créé un deuxième score concernant les aspects juridiques et pratiques de la maltraitance et de son signalement, allant de 0 à 9, que nous avons nommé le « score juridique ».

Dans le cadre de l'objectif secondaire de cette thèse, nous avons également étudié les freins au signalement rapportés par les internes, ainsi que leurs habitudes dans leur pratique (réalisation du dépistage de maltraitance, proposition de parler seul à l'enfant, etc.).

5 Analyse statistique

5.1 Analyses bivariées

L'indépendance des réponses aux différentes questions du questionnaire selon le fait d'avoir effectué un stage en pédiatrie ou non, d'avoir une formation complémentaire en pédiatrie ou non, d'être encore interne ou remplaçant, est testée à l'aide d'un test du χ^2 .

Nous avons également réalisé une analyse bivariée pour les deux scores décrits précédemment, le score sémiologique et le score juridique. Un test de Student a permis de comparer les moyennes de ces deux scores en fonction du sexe, de l'âge (<30ans ou \geq 30ans), du semestre en cours, phase socle ou phase d'approfondissement, réalisation d'une formation complémentaire en pédiatrie, participant ayant déjà effectué un stage de pédiatrie ou un stage ambulatoire.

5.2 Significativité

Un indice de confiance alpha 5% a été choisi. Une valeur de p inférieure à 0,05 était choisie comme seuil de significativité statistique.

6 Cadre réglementaire

Une demande a été faite auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille. Après étude du questionnaire, celui-ci a confirmé l'absence de nécessité de déclaration et d'enregistrement au registre ainsi que l'absence de nécessité de déclaration auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) et du Comité d'Éthique.

Cette étude a été menée de manière à répondre aux critères STROBE (**Annexe 4**).

Résultats

1 Description de l'échantillon

D'après les données communiquées par le service de la scolarité de la Faculté de Médecine de Lille, il y avait 561 inscrits au DES de médecine générale pour l'année 2022-2023. Grâce aux réseaux sociaux et la diffusion de proche en proche, un total de 138 réponses a été réuni, dont 11 remplaçants non thésés, non installés.

Les 127 réponses d'internes représentent donc 22,6% des inscrits au DES.

Parmi les 138 réponses au questionnaire, 10 étaient incomplètes et ont été exclues des analyses.

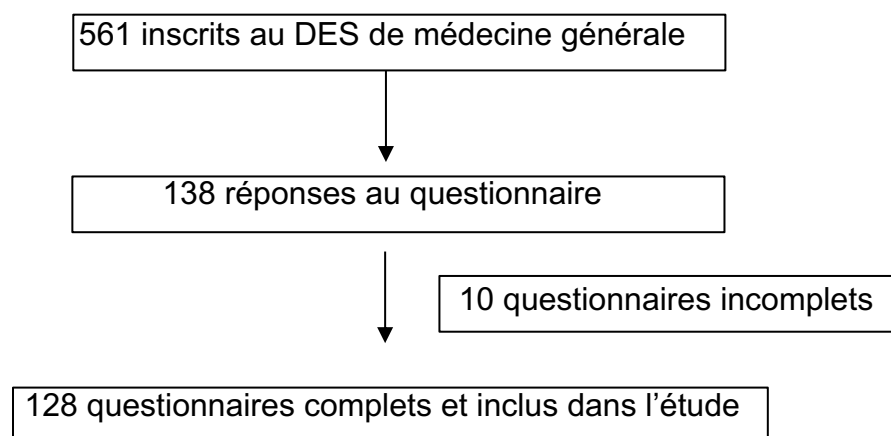


Figure 1 : Diagramme de flux

2 Description des patients à l'inclusion

Parmi les 128 réponses incluses dans l'analyse, on retrouve la population suivante :

- 93 femmes pour 35 hommes, soit 73% de femmes pour 27% d'hommes.
- 123 participants ayant un âge < 30 ans (96%) et 5 ayant un âge ≥30 ans (4%)
- 32 participants étaient en 2^{ème} semestre (soit 25% des réponses), 3 en 3^{ème} semestre (2,3%), 36 en 4^{ème} semestre (28%), 3 en 5^{ème} semestre (2,3%), 43 en 6^{ème} semestre (33,6%) et 11 étaient remplaçants non installés (8,6%).
- 8 participants avaient une formation complémentaire en pédiatrie, soit 6,2%.
- 96 participants avaient déjà réalisé leur stage de pédiatrie (75%).

Caractéristiques de la population	Femme n=93 (73%)	Homme n=35 (27%)	Total n=128
Semestre en cours			
2 ^{ème} semestre	27	5	32
3 ^{ème} semestre	1	2	3
4 ^{ème} semestre	28	8	36
5 ^{ème} semestre	3	0	3
6 ^{ème} semestre	25	18	43
Remplaçant non installé	7	4	11
Formation complémentaire en pédiatrie	6	2	8
Stage de pédiatrie réalisé	66	30	96

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Le questionnaire réalisé nous a permis d'obtenir un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale de Lille ainsi que de quelques médecins généralistes remplaçants non thésés.

3 Score sémiologique

L'analyse des résultats grâce au test de Student a permis de mettre en évidence une absence de différence significative du score entre les différentes catégories. La seule différence significative observée est entre les hommes et les femmes, avec un score plus élevé chez les femmes.

Score sémiologique			P-value
Hommes/femmes	F (93)	H (35)	0,0394
<30 ans ou >= 30 ans	< 30 ans (123)	> ou = 30 ans (5)	0,2501
2 ^{ème} VS 6 ^{ème} sem	2 ^{ème} (32)	6 ^{ème} (43)	0,8271
Phase socle vs approfondissement	Socle (32)	Appro (85)	0,7679
Interne vs remplaçant	Int (117)	Rempla (11)	0,4241
Formation complémentaire pédiatrie	oui (8)	non (120)	0,0935
Stage pédiatrie réalisé	oui (96)	non (32)	0,9596
Stage ambulatoire réalisé	oui (119)	non (9)	0,5855

Tableau 2 : Résultats du score sémiologique

Nous avons par la suite réalisé un test du Khi 2 afin de voir s'il existe une différence significative dans les réponses selon que les participants aient réalisé ou

non leur stage en pédiatrie, qu'ils aient ou non une formation complémentaire en pédiatrie, qu'ils soient encore internes ou remplaçants.

	Total	Stage de pédiatrie			Formation complémentaire en pédiatrie			Internat terminé		
		OUI (n = 96)	NON (n = 32)	p-value	OUI (n = 8)	NON (n = 120)	p-value	OUI (n = 11)	NON (n = 117)	p-value
Facteurs de risque										
Jumeaux/triplés/grossesse multiple	122	92	30	NS	7	115	NS	10	112	NS
Prématurité	119	88	31	NS	8	111	NS	10	109	NS
Catégorie socio-économique élevée	12	9	3	NS	0	12	NS	0	12	NS
Famille recomposée	92	69	23	NS	7	85	NS	8	84	NS
Enfant vivant chez le père	19	11	8	NS	1	18	NS	3	16	NS
Signes d'alerte										
Troubles du sommeil	103	78	25	NS	6	97	NS	9	94	NS
Développement psycho-moteur	122	91	31	NS	8	114	NS	11	111	NS
Mutisme	127	95	32	NS	8	119	NS	10	117	0,0011
Absentéisme scolaire	124	93	31	NS	7	117	NS	11	113	NS
Anxiété importante	124	92	32	NS	8	116	NS	11	113	NS
Défaut d'hygiène	123	91	32	NS	8	115	NS	11	112	NS
Pleurs excessifs	95	71	24	NS	5	90	NS	8	87	NS
Constipation	68	51	17	NS	2	66	NS	6	62	NS
Retard vaccinal	111	87	24	0,0241	7	104	NS	9	102	NS
Errance médicale	121	94	27	0,0035	8	113	NS	11	110	NS
Carnet de l'enfant non rempli	84	63	21	NS	6	78	NS	9	75	NS
Ecchymoses suspectes										
Oreilles	116	85	31	NS	8	108	NS	11	105	NS
Ventre	122	90	32	NS	8	114	NS	10	112	NS
Genoux	5	2	3	NS	0	5	NS	0	5	NS
Cuisses	113	86	27	NS	8	105	NS	10	103	NS
Coudes	9	5	4	NS	0	9	NS	0	9	NS
Chez enfant < 6 mois	126	94	32	NS	8	118	NS	10	116	0,0352
Brûlures suspectes										
À bords nets	118	91	27	NS	8	110	NS	11	107	NS
Bras	47	40	7	0,0443	2	45	NS	3	44	NS
Perinée/fesses	125	93	32	NS	8	117	NS	10	115	NS
Unilatérale	32	24	8	NS	3	29	NS	1	31	NS
Bilatérale	114	85	29	NS	6	108	NS	11	103	NS
Associée à d'autres lésions	125	94	31	NS	8	117	NS	11	114	NS
< 5% de la surface du corps	50	39	11	NS	2	48	NS	5	45	NS
> 10% de la surface du corps	84	59	25	NS	6	78	NS	9	75	NS

Tableau 3 : Score sémiologique décomposé par items

4 Score juridique

Contrairement au score sémiologique, on observe dans le score juridique une différence significative entre les participants selon que le stage en pédiatrie ait été réalisé ou non, selon que les participants soient en cours de phase socle ou de phase d'approfondissement, qu'ils soient internes ou remplaçants. La même différence que précédemment a été observée entre les hommes et les femmes, avec un score significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Score juridique			P-value
Hommes/femmes	F (93)	H (35)	0,0426
<30 ans ou >= 30 ans	< 30 ans (123)	> ou = 30 ans (5)	0,5826
2ème VS 6ème sem	2ème (32)	6ème (43)	0,1491
Phase socle vs approfondissement	Socle (32)	Appro (85)	0,0304
Interne vs remplaçant	Int (117)	Rempla (11)	0,0374
Formation complémentaire pédiatrie	oui (8)	non (120)	0,7785
Stage pédiatrie réalisé	oui (96)	non (32)	0,0325
Stage ambulatoire réalisé	oui (119)	non (9)	0,5496

Tableau 4 : Résultats du score juridique

Nous avons également appliqué un test de Khi 2 aux différents items du score juridique. On peut observer peu de significativité dans les différences aux items pris de façon individuelle. 30 participants pensent que l'IP doit être envoyée au Procureur de la République. Pour autant la plupart pense qu'il faut effectivement l'envoyer à la CRIP. Une grande majorité des participants sait où trouver le modèle de rédaction.

	Total	Stage de pédiatrie			Formation complémentaire en pédiatrie			Internat terminé		
		OUI (n = 96)	NON (n = 32)	p-value	OUI (n = 8)	NON (n = 120)	p-value	OUI (n = 11)	NON (n = 117)	p-value
Texte de loi régissant le secret médical vis-à-vis des enfants	116	88	28	NS	8	108	NS	9	107	NS
Si rédaction d'une IP, vous écrivez à:										
Procureur de la République	30	18	12	0,0301	2	28	NS	0	30	NS
CRIP	110	84	26	NS	7	103	NS	11	99	NS
PMI	30	27	3	NS	5	25	0,0071	5	25	NS
Médecin scolaire	4	2	2	NS	1	3	NS	0	4	NS
Je ne sais pas	3	2	1	NS	1	2	NS	0	3	NS
Un modèle de rédaction de l'IP se trouve:										
Sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins	94	72	22	NS	7	87	NS	7	87	NS
Sur le site de la PMI	23	17	6	NS	2	21	NS	1	22	NS
Sur le site du Tribunal	24	19	5	NS	3	21	NS	0	24	NS
Sur le site de la Faculté	2	2	0	NS	1	1	NS	0	2	NS

Tableau 5 : Score juridique décomposé par items

5 Freins au signalement

L'objectif secondaire de cette thèse était de dégager les éventuels freins au signalement ressentis par les internes de médecine générale et remplaçants. Pour cela, plusieurs items du questionnaire (Annexe 3) listaient des freins possibles.

Les réponses sont présentées dans le tableau ci-dessous. On observe donc que 78% des participants ont peur de déclarer par excès et d'entraîner des conséquences sociales et 73% ont peur de la rupture de la relation de confiance entre la famille et le médecin traitant. Ces deux catégories sont donc les principaux freins au signalement relevés dans cette étude.

On peut également noter une répartition homogène des réponses au sein des différentes promotions d'internes, avec des pourcentages qui varient peu. Les participants de 3^{ème} et 5^{ème} semestres ne sont pas présentés dans ce tableau du fait de leur faible proportion (3 individus pour chacune de ces deux promotions).

Freins dépistés	Pourcentage de réponses positives	S2 (n=32)	S4 (n=36)	S6 (n=43)	R (n=11)
Peur de déclarer par excès, ce qui entraîne des conséquences sociales	78%	88%	67%	84%	73%
Peur de perdre des patients	10%	16%	8%	7%	9%
Peur de stigmatiser la famille	48%	53%	36%	19%	55%
Peur de commettre une erreur de jugement et d'être poursuivi pour dénonciation calomnieuse	45%	44%	47%	53%	18%
Peur de la rupture de la relation de confiance entre la famille et le médecin traitant	73%	69%	67%	81%	73%
Rédaction de l'IP/signalement et contact avec les différents intervenants chronophage	20%	28%	19%	19%	9%

Tableau 6 : Freins au signalement

93% des participants déclarent qu'en cas de suspicion de maltraitance, si l'âge de l'enfant le permet, ils discuteraient seuls avec lui.

6 Axes d'amélioration de la formation

98% des participants souhaitent recevoir une fiche de conseils avec un protocole d'aide au repérage et au signalement des actes de maltraitance.

Concernant la formation, 37% des participants aimeraient une formation sur le sujet à l'occasion des GEP, 39% en séminaire, 43% en formation continue et 49% en autonomie, avec une simple fiche de conseils.

Discussion

1 Principaux résultats

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale concernant la maltraitance infantile. L'objectif secondaire était de dégager les freins au signalement rencontrés par les internes.

1.1 Score sémiologique

Le score sémiologique représente un score plutôt théorique. La plupart des items ont un nombre important de bonnes réponses, et les moyennes des scores selon le semestre en cours sont comprises entre 22 et 26/30, ce qui révèle un bon état global des connaissances sémiologiques, et ce dès la sortie des ECN.

14,8% des personnes interrogées considèrent qu'un enfant qui vit chez son père est un facteur de risque de maltraitance, ce qui n'a jamais été prouvé dans les études.

Au moins 80% des participants pensent à la maltraitance devant des troubles du sommeil, un retard de développement psychomoteur, un mutisme, l'absentéisme scolaire, un défaut d'hygiène, une anxiété importante, un retard vaccinal ou l'errance médicale. Concernant ces deux dernières catégories, le taux de bonnes réponses est amélioré de façon significative par la réalisation du stage en pédiatrie.

9,4% ne considèrent pas les ecchymoses sur les oreilles comme suspectes, et de même pour les cuisses chez 11,7% des participants. En revanche, plus de 98% considèrent que des ecchymoses chez un enfant de moins de 6 mois sont suspectes de maltraitance.

Concernant les brûlures, 36,7% considèrent que des brûlures sur les bras sont suspectes de maltraitance. La réalisation du stage en pédiatrie montre une amélioration significative de la réponse à cette question. On note également que 34,4% ne considèrent pas les brûlures > 10% de la surface corporelle comme suspectes. Cette donnée n'est toutefois pas améliorée par le stage de pédiatrie.

Globalement, il n'existe pas de différence significative entre les différentes promotions concernant le score global, et donc pas de réelle amélioration des connaissances concernant ce score tout au long de l'internat. De même, on n'observe pas de différence significative entre les internes et les remplaçants non thésés. Ces données suggèrent que la « pratique » de la médecine n'améliore pas significativement les connaissances des internes et remplaçants en matière de sémiologie de la maltraitance infantile.

1.2 Score juridique

Ce score juridique est un score pratique, contrairement au score sémiologique. Il fait état des lieux des connaissances pratiques des participants concernant la réalisation du signalement de maltraitance.

23% des participants pensent que l'IP peut ou doit être envoyée au Procureur de la République. Il existe une différence significative pour cette réponse selon que le stage en pédiatrie ait été réalisé ou non.

26,6% des personnes interrogées ne savent pas où trouver le modèle de rédaction de l'IP, ce qui est révélateur des personnes n'ayant pas d'expérience dans la rédaction de cette dernière.

On observe cette fois une différence significative sur le score global entre les participants qui ont réalisé leur stage en pédiatrie ou non, ceux en phase socle contre ceux en phase d'approfondissement et ceux en cours d'internat contre ceux ayant fini leur internat.

Cela signifie que l'expérience permet une amélioration des connaissances pratiques. La mise en œuvre du signalement ou de la réalisation de l'IP est plus accessible aux internes ayant plus d'expérience pratique, et notamment plus d'expérience en pédiatrie. Le fait d'avoir réalisé ou non un stage en ambulatoire n'apporte par contre pas de différence significative sur ce score. C'est donc essentiellement le fait d'avoir réalisé son stage de pédiatrie qui permet une amélioration des connaissances évaluées ici.

1.3 Freins au signalement

Les principaux freins au signalement repérés dans cette étude sont principalement la peur de déclarer par excès et d'entraîner des conséquences sociales pour la famille ainsi que la peur de la rupture de la relation de confiance entre la famille et le médecin traitant. Ces deux freins sont retrouvés chez plus de 70% des personnes interrogées.

On retrouve ensuite, chez 45 à 50% des participants, la peur de stigmatiser la famille et la peur de dénoncer à tort et d'être poursuivi pour dénonciation calomnieuse.

2 Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection dans cette étude, car cette dernière s'est faite via les réseaux sociaux principalement, ce qui exclut les personnes n'ayant pas de compte sur ces réseaux sociaux ou les regardant peu. De plus, sur les questionnaires de thèses, les personnes intéressées par le sujet ont tendance à répondre plus facilement au questionnaire, ce qui implique que ce sont des personnes avec potentiellement plus de connaissances sur le sujet que l'ensemble de la population étudiée.

On intègre aussi dans ce biais de recrutement une faible proportion de médecins remplaçants non thésés.

Le questionnaire est court, avec majoritairement des réponses fermées (oui/non), ce qui le rend rapide à réaliser (en moyenne 6 minutes). Cela a permis un nombre sûrement plus important de réponses qu'un questionnaire plus long, avec des réponses ouvertes. Pour autant, les participants ont été obligés de choisir leurs réponses parmi la liste proposée, ce qui entraîne un biais de suggestion.

Certaines questions du formulaire n'étaient pas assez précises, notamment pour les signes d'alerte devant faire évoquer la maltraitance, il aurait été judicieux de rajouter « présents de façon isolée » car pour certains, tels que la constipation ou les

pleurs excessifs, ils peuvent constituer des signes d'alerte, mais cela se discute quand ils sont présents de façon isolée.

3 Points forts de l'étude

Toutes les promotions ont été contactées dans le cadre de cette étude, afin de limiter au maximum le biais de recrutement et d'avoir un échantillon représentatif de la population d'internes. Cela a également permis de mettre en avant des différences, ou l'absence de différence, entre les différentes promotions d'internes, et ainsi une progression ou non des connaissances au cours de l'internat.

Le biais de déclaration a été prévenu en utilisant un questionnaire en ligne, anonymisé, ce qui rassure le participant sur la crainte d'être jugé pour ses réponses et favorise donc les réponses honnêtes et fiables pour établir les statistiques.

L'étude répond à 21 points sur 22 de la grille STROBE, échelle de validité des études observationnelles. Le seul point non respecté concerne la déclaration de financement de l'étude, qui ne s'applique pas ici du fait de l'absence de financement nécessaire.

4 Validité externe

Le taux de réponse au questionnaire parmi les étudiants inscrits au DES de médecine générale est de 22,6%. Cela doit alerter sur la nécessité de nuancer ces résultats, car ils concernent moins de 25% des internes de médecine générale de Lille.

Pour autant, une thèse similaire a été réalisée au cours de mois précédents celle-ci, à Nice, et les résultats semblent similaires : les connaissances théoriques et sémiologiques sont bonnes dès le début de l'internat et n'évoluent pas avec la pratique. Par contre, les connaissances en matière de réalisation du signalement s'améliorent significativement au fur et à mesure des années d'internat. Il serait intéressant de comparer significativement ces deux études, voire d'en réaliser d'autres à plus grande échelle.

De même, plusieurs études ont été réalisées sur l'évaluation des connaissances des médecins généralistes, notamment dans le Var[18], en région PACA[19], à Strasbourg[20], à La Réunion[21], dans l'Eure[22], en Poitou-Charentes[23] ou encore dans le Limousin[24], et retrouvaient des résultats concordants entre elles et avec notre étude : le manque de formation des médecins généralistes, notamment en matière de réalisation de signalement, et le frein principal au signalement qui est la peur de se tromper et ses conséquences ainsi que la peur de stigmatiser la famille.

5 Choix des thématiques abordées

Le sujet de la maltraitance infantile est vaste, et de nombreux aspects n'ont pas été abordés dans cette étude. Au moment de la conception du questionnaire, il a fallu faire des choix. Le sujet du syndrome du bébé secoué a été mis de côté, tant il est vaste et mérite une étude à lui seul. La théorie de l'attachement n'a pas été évoquée non plus, avec en parallèle l'échelle ADBB qui étudie le retrait relationnel du

nourrisson, de par son côté très spécifique et peu connu des médecins généralistes. Le but étant d'obtenir un maximum d'adhésion au questionnaire afin de faire un premier état des lieux des connaissances, les questions choisies restaient du domaine de la généralité en terme de maltraitance.

6 Perspectives, pistes d'amélioration

Cette étude montre que les connaissances théoriques sont acquises à la sortie des ECN et qu'elles restent intactes au cours de l'internat. Par contre, on peut voir une lacune dans les connaissances pratiques sur la réalisation de l'IP ou du signalement. Il serait donc judicieux de traiter de ce sujet au cours des enseignements prévus dans le DES.

Les résultats du questionnaire vont également dans ce sens avec 98% des participants qui souhaitent une fiche pratique d'aide au repérage et au signalement de la maltraitance. Devant ce chiffre important, nous avons réalisé une plaquette d'information (**Annexe 5**) pour les internes, pouvant également être utile aux médecins généralistes installée. Elle pourrait, par exemple, être distribuée aux internes de médecine générale lors de l'enseignement portant sur les spécificités de la pédiatrie.

37% des personnes interrogées souhaitent également recevoir une formation sur le sujet au cours d'un GEP, 39% au cours d'un séminaire, qui sont également des pistes pour compléter la formation des étudiants sur le sujet. Le plus judicieux serait de mettre en place cela en deuxième année d'internat, année où le semestre de pédiatrie est réalisé, afin de mettre rapidement en pratique les connaissances et ainsi mieux se les approprier.

Conclusion

Notre étude a démontré un bon état des connaissances sémiologiques des internes de médecine générale de Lille à la sortie des ECN en ce qui concerne la maltraitance infantile et son repérage, sans pour autant noter d'amélioration significative des connaissances au cours de l'internat. Les connaissances pratiques sur la réalisation du signalement de la maltraitance sont par contre insuffisantes, mais tendent à s'améliorer avec la pratique et notamment la réalisation du stage de pédiatrie.

Les principaux freins au signalement repérés sont la peur de signaler à tort et des conséquences qui en découlent, ainsi que la peur de la rupture de la relation de confiance entre le médecin traitant et la famille.

Des études supplémentaires apporteraient un complément à cette étude, notamment sur les connaissances relatives au syndrome du bébé secoué ou sur les principes de la théorie de l'attachement et son apport dans le dépistage de la maltraitance infantile.

Une étude prospective pourrait également être intéressante, comparant le niveau des internes avant leur stage en pédiatrie, puis après, afin de valider les résultats obtenus ici.

Les médecins n'étant pas les seuls acteurs de la prévention et du repérage de la maltraitance, une évaluation des connaissances des orthophonistes, kinésithérapeutes, infirmiers, enseignants, etc. serait également intéressante, de même que leur distribuer la plaquette d'information réalisée dans le cadre de ce travail de thèse.

Références

- [1] Section 2 : De l'assistance éducative (Articles 375 à 375-9) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006426776/2007-03-06/> (accessed August 20, 2023).
- [2] Chapitre IX : Maltraitance (Article L119-1) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045135272/2023-08-20/?isSuggest=true> (accessed August 20, 2023).
- [3] Maltraitance des enfants OMS n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (accessed August 20, 2023).
- [4] Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants | Ministère des Solidarités et des Familles n.d. <http://solidarites.gouv.fr/quest-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants> (accessed August 21, 2023).
- [5] 33 - Protection de l'enfance - Aide sociale à l'enfance - Panorama Statistique - Cohésion Sociale - Travail - Emploi - 2022 n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/enfanprot/enfanprot.asp-prov=CF-depar=CM.htm#top> (accessed August 20, 2023).
- [6] Mulder TM, Kuiper KC, Van Der Put CE, Stams G-JJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2018;77:198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>.
- [7] Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2009;14:13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>.
- [8] Bontemps S, Matthews-Gaulon A, Dubos F, Martinot A. Reconnaître et prendre en charge la maltraitance chez l'enfant. *Réanimation* 2016;25:107–14. <https://doi.org/10.1007/s13546-016-1179-2>.
- [9] L'évaluation médicale des ecchymoses dans les cas de maltraitance présumée d'enfants : une perspective clinique | Paediatrics & Child Health | Oxford Academic n.d. <https://academic.oup.com/pch/article/18/8/438/2647226> (accessed June 30, 2023).
- [10] Galli L, Venturini E, Bassi A, Gattinara GC, Chiappini E, Defilippi C, et al. Common Community-acquired Bacterial Skin and Soft-tissue Infections in Children: an Intersociety Consensus on Impetigo, Abscess, and Cellulitis Treatment. *Clin Ther* 2019;41:532-551.e17. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.01.010>.
- [11] Ridet P, Lemesle M, Vabres N, Lancien U, Perrot P. Brûlures par immersion chez l'enfant et maltraitance. *Ann Chir Plast Esthét* 2020;65:31–5. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2019.07.022>.
- [12] Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (Articles 226-13 à 226-14) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006417945/2023-08-30/?isSuggest=true> (accessed August 30, 2023).

- [13] Transmettre une information préoccupante au Département n.d. <https://services.lenord.fr/transmettre-une-information-preoccupante-au-departement> (accessed August 30, 2023).
- [14] Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics Med Public Health* 2015;1:11–8. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.01.001>.
- [15] Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. *Arch Pédiatrie* 2016;23:21–6. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.09.031>.
- [16] Article 223-6 - Code pénal - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588 (accessed August 31, 2023).
- [17] Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice (Articles 434-1 à 434-7) - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165378/> (accessed August 31, 2023).
- [18] Desmarests C, Martin-Lebrun É, Aix-Marseille Université. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Repérage et prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans le Var par les médecins généralistes et pédiatres libéraux: pratiques actuelles, propositions d'améliorations 2023.
- [19] Simeon S. Enfants en danger: questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA. Thèse d'exercice. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine, 2018.
- [20] Schellenberger M, Guedj R, Carbajal R. Étude de la variabilité de diagnostic et de prise en charge des médecins face à une situation suspecte de maltraitance infantile et connaissances des médecins généralistes sur la maltraitance infantile: Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine, Diplôme d'Etat, spécialité : médecine générale 2023.
- [21] Bellay F. Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger 2021:74.
- [22] Pincaut M, Lévy M, Gérardin P, Tournel G, Hazard E. Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure: état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure 2018.
- [23] Verrier M. Maltraitance infantile: état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. Thèse d'exercice. Université de Poitiers, 2015.
- [24] Charrault S, Paraf F. Signalement de la maltraitance infantile: connaissances et pratiques des médecins généralistes du Limousin 2015. Thèse d'exercice.

Annexe 1



FICHE DE TRANSMISSION D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE AU DEPARTEMENT DU NORD PAR UN PROFESSIONNEL (hors Education Nationale)

Seuls les éléments suivis du signe * sont indispensables. Les autres éléments aideront à une prise en compte adaptée de la situation de l'enfant mais leur absence n'empêchera pas le traitement de l'information préoccupante.

Identité du déclarant professionnel *

Structure :		<u>Si différente du déclarant, personne à contacter pour avoir des précisions</u>	
Adresse :		Nom :	Prénom :
Téléphone :		Fonction :	
Nom :	Prénom :	Téléphone (ligne directe) :	
Fonction :		Mail :	
Téléphone (ligne directe) :			
Mail :			

Identité du (ou des) enfant(s) concerné(s) par l'information préoccupante (insérer des pages si plus de 2 enfants sont concernés)

Nom de l'enfant* :	
Prénom de l'enfant* :	
Date de naissance :	Age :
Adresse de résidence de l'enfant* :	
Identité du parent 1 *	
Nom* :	
Prénom* :	
Adresse si différente de l'enfant :	
Identité du parent 2	
Nom :	
Prénom :	
Adresse si différente de l'enfant :	
Identité d'un autre adulte hébergeant l'enfant	
Nom :	
Prénom :	Lien avec l'enfant :

Nom de l'enfant* :	
Prénom de l'enfant* :	
Date de naissance :	Age :
Adresse de résidence de l'enfant* :	
Identité du parent 1 *	
Nom* :	
Prénom* :	
Adresse si différente de l'enfant :	
Identité du parent 2	
Nom :	
Prénom :	
Adresse si différente de l'enfant :	
Identité d'un autre adulte hébergeant l'enfant	
Nom :	
Prénom :	Lien avec l'enfant :

Nom de l'enfant* :
 Prénom de l'enfant* :
 Date de naissance : Age :
 Adresse de résidence de l'enfant* :

Identité du parent 1 *
 Nom* :
 Prénom* :
 Adresse si différente de l'enfant :

Identité du parent 2
 Nom :
 Prénom :
 Adresse si différente de l'enfant :

Identité d'un autre adulte hébergeant l'enfant
 Nom :
 Prénom : Lien avec l'enfant :

Éléments préoccupants dans la situation du (ou des) enfant(s)

Cocher les éléments de danger concernés

Enfant(s) : indiquer si tous les enfants ou certains d'entre eux sont concernés	
Santé en danger ou en risque de danger Exemples : défaut de soin, lésions physiques, absences à des rendez-vous médicaux...	<input type="checkbox"/>
Sécurité en danger ou en risque de danger Exemples : violences physiques ou psychologiques, accidents domestiques...	<input type="checkbox"/>
Moralité en danger ou en risque de danger Exemples : pornographie, mendicité...	<input type="checkbox"/>
Condition d'éducation gravement compromise ou en risque de l'être Exemples : déscolarisation, alcoolisme, toxicomanie...	<input type="checkbox"/>
Conditions de développement physique, intellectuel, affectif ou social gravement compromises ou en risque de l'être Exemples : attitudes phobiques, comportement sexuel inadapté, développement staturο-pondéral non satisfaisant	<input type="checkbox"/>

Présentation synthétique des éléments qui vous préoccupent *

Quels sont les faits constitutifs de l'information préoccupante ? Quand et où les faits se sont-ils produits ? Sont-ils isolés ou répétitifs ? Constatés ou rapportés ? Que dit l'enfant de ce qu'il vit ? Y a-t-il des constatations médicales ? Dans quel contexte social ou familial l'enfant vit-il ? Est-il scolarisé, en absentéisme scolaire fréquent, déscolarisé ? Est-il hospitalisé ou avec un suivi médical particulier ?

Une note sociale et/ou une note d'observation médicale peuvent être jointes au présent document.

Conclusion

Le déclarant a l'obligation d'informer les détenteurs de l'autorité parentale de la transmission d'une information préoccupante au Département du Nord, sauf intérêt contraire de l'enfant.

Avez-vous informé les détenteurs de l'autorité parentale de la transmission de l'information préoccupante à la CRIP du Département ?

oui

non

Si non, pour quel motif ?

Date

Signature du déclarant

Ce document doit être remis dans les meilleurs délais sous format dématérialisé ou sous format papier à la CRIP la plus proche du lieu de résidence habituelle de l'enfant.

Annexe 2

Cachet du médecin

SIGNALEMENT Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 3

Questionnaire

I. Profil de l'interne

- 1) Êtes-vous : un homme / une femme
- 2) Quel âge avez-vous ? (Puis remplir dans Excel dans tranche d'âge)
- 3) En quel semestre êtes-vous ?
- 4) Avez-vous une formation complémentaire en pédiatrie ? (DIU)
- 5) Avez-vous réalisé votre stage en pédiatrie ?
- 6) Avez-vous réalisé un stage en ambulatoire ?

II. Appréciation des connaissances

- 7) Connaissez-vous le texte de loi (référence) concernant le secret médical en lien avec l'enfant ? Oui / Non
- 8) Lors de la consultation, réalisez-vous un dépistage des violences infantiles ?

Toujours

Souvent

Parfois

Jamais

- 9) Quels sont les facteurs de risque de maltraitance?

Jumeaux/triplés/grossesse multiple

Prématurité

Catégorie socio-économique élevée

Famille recomposée

Enfant vivant chez le père

- 10) Vous évoquez la maltraitance devant : (plusieurs réponses possibles)

Troubles du sommeil

Retard de développement psychomoteur : retard d'acquisition

Mutisme
Anxiété importante
Absentéisme scolaire
Défaut d'hygiène
Pleurs excessifs
Constipation
Retard vaccinal
Errance médicale
Carnet de santé de l'enfant non rempli

11) Quelles sont les caractéristiques d'ecchymoses suspectes ?

Sur les oreilles
Sur les joues
Sur les genoux
Sur les cuisses
Sur les coudes
Chez un enfant < 6 mois

12) Quelles sont les caractéristiques de brûlures suspectes ?

Brûlure a bord net
Touchant les bras
Touchant le périnée ou les fesses
Unilatérale
Bilatérale / Symétrique
Associées à d'autres lésions
< 5 % de la surface corporelle
> 10% de la surface corporelle

13) Avez-vous déjà réalisé ou assisté à une information préoccupante ou un signalement ? OUI/NON

14) Connaissez-vous les numéros ou mails des différents organismes où déclarer votre signalement ou votre information préoccupante en fonction de votre département ? OUI/NON

- 15) En cas de situation préoccupante, vous écririez : (une ou plusieurs réponses)
- au procureur de la république
 - à la CRIP ?
 - à la PMI
 - au médecin scolaire
 - lors d'un remplacement, Je laisse le médecin titulaire le faire ?
 - je ne sais pas
- 16) Il existe un modèle de rédaction, où le trouvez-vous :
- sur le site du conseil national de l'ordre
 - à la PMI
 - sur le site du tribunal
 - à la faculté
 - je ne sais pas

III. Axes d'amélioration concernant la prise en charge de la maltraitance infantile ?

- 17) Si l'âge de l'enfant le permet discuteriez-vous seul avec lui ? OUI/NON
- 18) Quels sont pour vous les freins à la déclaration de la maltraitance infantile via une information préoccupante ou un signalement :
- Peur de déclarer par excès ce qui entraîne des conséquences sociales.
 - Peur de perdre des patients
 - Peur de stigmatiser la famille
 - Peur de commettre une erreur de jugement et d'être poursuivi pour dénonciation calomnieuse
 - Peur de rupture du lien avec médecin généraliste de famille
 - Rédaction de l'IP et contact avec les différents intervenants (médecin scolaire, médecin PMI, CRIP ...) chronophage.
- 19) Aimerez-vous une fiche conseil avec un protocole ? OUI/NON
- 21) Souhaiteriez suivre un enseignement dédié à la maltraitance infantile ?

En GEP

En séminaire

En Formation continue

En autonomie avec une simple fiche conseil

22) Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude et la fiche conseil en découlant, veuillez renseigner votre adresse mail :

Annexe 4

Outil STROBE — liste de contrôle des éléments qui doivent être inclus dans les rapports d'études observationnelles
(<http://www.strobe-statement.org/index.html>)

Élément	No	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer le devis de l'étude, dans le titre ou le résumé, à l'aide d'une terminologie couramment utilisée. (b) Dans le résumé, fournir un sommaire informatif et représentatif des démarches effectuées et des résultats.
Introduction		
Contexte/justification	2	Présenter le contexte scientifique et la justification de l'étude.
Objectifs	3	Indiquer les objectifs spécifiques, en incluant les hypothèses initiales.
Méthodologie		
Devis de l'étude	4	Présenter les éléments clés du devis de l'étude au début de l'article.
Milieu	5	Décrire le milieu, les lieux physiques et les dates pertinentes, en incluant les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de collecte de données.
Participants	6	(a) Étude de cohorte — Indiquer les critères d'admissibilité ainsi que les sources et les méthodes de sélection des participants. Décrire les méthodes de suivi. Étude cas-témoin — Indiquer les critères d'admissibilité ainsi que les sources et les méthodes de vérification des cas et de sélection des témoins. Justifier le choix des cas et des témoins. Étude transversale — Indiquer les critères d'admissibilité ainsi que les sources et les méthodes de sélection des participants. (b) Étude de cohorte — Pour les études de groupes appariés, indiquer les critères d'appariement et le nombre de participants exposés et non exposés. Étude cas-témoin — Indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins pour chaque cas.
Variables	7	Définir clairement tous les indicateurs de résultats, les expositions, les variables confondantes et modificatrices potentielles, ainsi que tous les prédicteurs. Indiquer les critères de diagnostic, s'il y a lieu.
Source de données/ mesures	8*	Pour chaque variable à l'étude, indiquer les sources de données et décrire les méthodes d'évaluation (mesures). S'il y a plus d'un groupe, décrire le degré de similitude des méthodes d'évaluation.
Biais	9	Décrire toute action pour prendre en compte les biais possibles.
Taille de l'échantillon	10	Expliquer comment la taille de l'échantillon a été calculée.
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été organisées pour les analyses. S'il y a lieu, décrire et justifier comment le regroupement des données a été effectué.
Méthodes statistiques	12	(a) Décrire toutes les méthodes statistiques, en incluant celles utilisées pour contrôler les variables confondantes. (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions. (c) Expliquer comment les données manquantes ont été prises en compte. (d) Étude de cohorte — S'il y a lieu, expliquer comment l'attrition a été prise en considération lors de la période de suivi. Étude cas-témoin — S'il y a lieu, expliquer comment le jumelage des cas et des témoins a été fait. Étude transversale — S'il y a lieu, décrire les méthodes d'analyse en tenant compte des stratégies d'échantillonnage. (e) S'il y a lieu, décrire les analyses de sensibilité.
Résultat		
Participants	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude (p. ex. : individus possiblement admissibles, individus évalués pour déterminer leur admissibilité, individus déclarés admissibles ainsi que ceux inclus dans l'étude, le suivi et l'analyse). (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape. (c) S'il y a lieu, utiliser une représentation schématique séquentielle.
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques (p. ex. : démographiques, cliniques, sociales) des participants de l'étude, l'information sur l'exposition et les variables confondantes possibles. (b) Pour chaque variable à l'étude, indiquer le nombre de participants pour lesquels des données sont manquantes. (c) Étude de cohorte — Présenter un sommaire de la période de suivi (p. ex. : durée moyenne et totale).
Résultats des données	15*	Étude de cohorte — Rapporter le nombre d'occurrences du phénomène à l'étude ou des mesures sommaires à travers le temps. Étude cas-témoin — Rapporter le nombre de participants dans chacune des catégories d'exposition, ou les mesures sommaires d'exposition. Étude transversale — Rapporter le nombre d'occurrences du phénomène à l'étude ou des mesures sommaires.

(continued on next page)

(continued)

Élément	No	Recommandation
Résultats principaux	16	(a) Indiquer les estimés non ajustés et, s'il y a lieu, les estimés ajustés en fonction des variables confondantes ainsi que leur degré de précision (p. ex. : intervalle de confiance à 95%). Préciser et justifier les variables confondantes utilisées lors des ajustements. (b) Indiquer la délimitation de chacune des catégories lorsque les variables continues ont été catégorisées. (c) Si jugé pertinent, rapporter la conversion des estimés de risques relatifs en risques absolus pour une période de temps importante.
Autres analyses	17	Rapporter les résultats des autres analyses effectuées (p. ex. : analyses des sous-groupes, des interactions et analyses de sensibilité).
Discussion		
Résultats clés	18	Présenter un sommaire des résultats en faisant référence aux objectifs de l'étude.
Limites	19	Discuter des limites de l'étude, en prenant en compte les sources de biais et d'imprécision. Discuter de la direction et de l'ampleur de tout biais possible.
Interprétation	20	Fournir une interprétation globale prudente en considérant les objectifs, les limites, la multiplicité d'analyses, les résultats d'études similaires et les autres preuves pertinentes.
Généralisation	21	Discuter de la possibilité de généraliser les résultats de l'étude (validité externe).
Autre information		
Financement	22	Préciser la source de financement et le rôle des organismes subventionnaires de cette étude et, le cas échéant, de l'étude originale sur laquelle le présent article est fondé.

*Dans les études cas-témoin, fournir les informations séparément pour les cas et les témoins. Pour les études de cohorte et les études transversales, fournir les informations séparément pour les groupes exposés et non exposés, s'il y a lieu.

Annexe 5

MALTRAITANCE INFANTILE, NE PLUS PASSER À CÔTÉ



Aide au repérage de la
maltraitance infantile pour les
internes et médecins généralistes.
Simplification des démarches de
signalement aux autorités.



Il est important de se rappeler que la réalisation d'une information préoccupante (IP) n'entraîne qu'une enquête sociale en premier lieu, ce sont les services sociaux qui décident par la suite du besoin ou non de mesures judiciaires ou sociales à mettre en place.

De même, la loi protège le médecin. Vous ne pouvez être poursuivi pour dénonciation calomnieuse que s'il est prouvé une volonté de diffamation envers l'auteur présumé. Par contre, la loi punit les professionnels témoins de maltraitance qui ne la signaleraient pas. En cas de doute, il est préférable de réaliser l'IP plutôt que laisser l'enfant en potentiel danger.

A noter que l'IP peut également se faire de façon anonyme.

SUPPORT RÉALISÉ DANS LE
CADRE DU TRAVAIL DE THÈSE DE
MÉDECINE DE CLAIRE DUPONT

Le médecin généraliste, médecin traitant, est le médecin de première ligne, celui qui voit le plus souvent les familles, les enfants. Il est le premier rempart entre la maltraitance et le bon développement de l'enfant. En sa qualité d'interlocuteur privilégié, il doit être à même de dépister, repérer les cas de maltraitance ou négligence, et de les signaler le cas échéant.

Cette plaquette permet d'apporter une aide au repérage des situations à risque et des lésions typiques. Mais aussi une aide dans les démarches administratives de signalement, parfois compliquées.





Voir derrière les apparences

Facteurs de risque: Signes d'alerte:

- ♦ Jeune âge des parents
- ♦ Grossesses multiples
- ♦ Familles nombreuses
- ♦ Familles recomposées ou monoparentales
- ♦ Enfants prématurés, porteurs de handicap ou d'une pathologie chronique
- ♦ Pleurs fréquents
- ♦ Précarité sociale, isolement
- ♦ Carences éducatives parentales, maltraitance au cours de leur enfance
- ♦ Violence conjugale
- ♦ Antécédent de pathologie psychiatrique parents
- ♦ Manque d'hygiène
- ♦ Mutisme
- ♦ Anxiété importante, hostilité
- ♦ Fuite du regard ou quête affective inappropriée
- ♦ Pleurs/cris incessants
- ♦ Errance médicale, carnet de santé non rempli
- ♦ Signes liés aux parents: ivresse, consommation de toxiques, agressivité, humiliation, rejet de l'enfant, refus de prise en charge ou d'hospitalisation, délai de consultation anormalement long

REPÉRAGE ET SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE

Ecchymoses suspectes:

- ♦ Chez l'enfant qui ne se déplace pas encore seul
- ♦ Prenant la forme d'objets (boucle de ceinture), de doigts
- ♦ Sur les zones non convexes du corps: ventre, cuisses, joues, oreilles, zones couvertes par les vêtements de façon générale
- ♦ Ecchymoses multiples, d'âges différents

Brûlures suspectes:

- ♦ Bords nets
- ♦ Dont la forme évoque un objet spécifique (cigarette, fer à repasser, etc.)
- ♦ Multiples, d'âges différents, associées à d'autres lésions
- ♦ Zones couvertes par les vêtements
- ♦ Symétriques, évoquant des brûlures par immersion
- ♦ Concernant > 10% de la surface corporelle

INFORMATION PRÉOCCUPANTE (IP)

Concerner les situations où l'enfant n'est pas en danger immédiat ou vital, mais le professionnel de santé suspecte un cas de maltraitance, qu'elle soit physique ou psychologique, ou de la négligence.

L'IP est à adresser à la CRIP: Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, organisme départemental.

SIGNALEMENT JUDICIAIRE:

Concerner les situations d'urgence, de danger immédiat, suspicion d'infractions à caractère sexuel, violences particulièrement caractérisées.

Le signalement est à adresser au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance, seul habilité à émettre une OPP, Ordonnance de Placement Provisoire.

Dans les cas de danger imminent, il peut être judicieux d'adresser l'enfant aux urgences, en demandant une hospitalisation pour un motif quelconque, afin de le mettre rapidement en sécurité.

Le modèle se trouve sur le site de la CRIP (<https://services.lenord.fr/transmettre-une-information-preoccupante-au-departement>), et à adresser par mail: infopreoccupante@lenord.fr

Si vous doutez de la nécessité de l'IP, la CRIP peut vous conseiller: 03.59.73.80.16

Le modèle se trouve sur le site du Conseil de l'ordre des Médecins (https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf) et il est à adresser par courrier ou par mail si urgence.

La PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) peut être contactée afin de savoir où adresser le signalement selon le secteur dont dépend l'enfant:

Nord: 03.20.57.56.67

Pas-de-Calais: 03.21.21.29.70

AUTEUR : Nom : DUPONT **Prénom :** Claire

Date de Soutenance : 27/10/2023

Titre de la Thèse : Évaluation de l'état des connaissances des internes de médecine générale de Lille concernant la maltraitance infantile ainsi que détermination des éventuels freins au signalement

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : maltraitance, infantile, interne, évaluation, connaissances, signalement

Résumé :

Contexte : Devant une augmentation constante du nombre de cas de maltraitance et de la proportion sous-estimée d'enfants maltraités, une évaluation des connaissances des internes de médecine générale concernant son dépistage et son signalement semblait judicieuse, avec pour objectif secondaire de déterminer les principaux freins à ce signalement.

Matériel et Méthodes : Étude quantitative, observationnelle, monocentrique. Un recrutement a été réalisé parmi les internes de médecine générale de Lille via les réseaux sociaux. Un questionnaire réalisé via LimeSurvey® leur a été proposé, évaluant leurs connaissances sur les facteurs de risque, signes d'alerte et caractéristiques des ecchymoses et brûlures suspectes. Un score dit sémiologique a été élaboré à partir de ces items. Puis un score dit juridique a été élaboré à partir des items suivants concernant la réalisation du signalement et de l'information préoccupante (IP) en pratique.

Résultats : Les connaissances sémiologiques sont bonnes dès le début de l'internat et n'évoluent pas au cours de celui-ci. Par contre, les connaissances sur la réalisation du signalement et de l'IP sont moins bonnes et sont améliorées de façon significative par la réalisation du stage de pédiatrie et selon que l'interne soit en début ou en fin d'internat. Environ 25% des participants ne savent pas où trouver les modèles de rédaction de l'IP ou du signalement ni à qui les adresser. Les principaux freins au signalement retrouvés étaient la peur de signaler à tort et des conséquences sociales qui en découlent ainsi que la peur de la rupture de la relation de confiance entre le médecin traitant et la famille.

Conclusion : Les connaissances sur le repérage de la maltraitance sont bonnes chez les internes de médecine générale mais pas celles sur les modalités de réalisation du signalement, qui nécessitent une formation supplémentaire au cours de l'internat.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Patrick Truffert

Asseseurs : Monsieur le Docteur Charles Cauet
Monsieur le Docteur Maurice Ponchant

Directeur : Madame le Docteur Anne-Lise Bettencourt-Morillon