

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 89

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention : Médecine Générale

PAR

PETER KRESS Caroline

Née le 23 janvier 1987 à HAGUENAU

CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE DE
MALTRAITANCE INFANTILE EN MEDECINE GENERALE

Président de thèse : Professeur LAUGEL Vincent

Directeur de thèse : Docteur ROTH Mélanie



- Président de l'Université M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (15.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- Chargé de mission auprès du Doyen M. VICENTE Gilbert
- Responsable Administratif M. LE REST François



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Selamk Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2016)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe PO001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif PO191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel PO002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
	ANHEIM Mathieu PO003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
	ARNAUD Laurent PO198	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELIER Philippe PO004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Selamk PO005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BALDAUF Jean-Jacques PO006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	BAUMERT Thomas PO007	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle MO007 / PO170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEUX Rémy PO008	NRP0 Resp	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François PO009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice PO192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles PO013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume PO175	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal PO014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BODIN Frédéric PO187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	Mme BOEHM-BURGER Nelly PO016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	BONNOMET François PO017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan PO018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
	BOURGIN Patrice PO020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile PO022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0028	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	45.02 Réanimation
CHAKFE Nabli P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHIENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	45.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	S/mb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elisau	49.04 Pédo-psychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCHE Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	45.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/mb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie-Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Exploitations fonctionnelles par les Isotopes In vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies Infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie : Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0154	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHLAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HJUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-COOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	C S*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MALMIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Pau-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mbte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzle Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0120	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0151	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0152	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie PO198	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard PO129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine PO140	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe PO142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud PO183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André PO154	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian PO143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis PO144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen PO188	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe PO145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence PO197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean PO146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude PO147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick PO148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul PO149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique PO150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien PO152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine PO153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis PO155	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel PO156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis PO157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre PO158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane PO159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas PO160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud PO161 (Disp 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre PO162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe PO164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HJ	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée PO165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle

RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud MO001		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Marta Cristina MO003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepeirre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine MO109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier MO112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy MO110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi MO005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cytile MO091		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent MO099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERAILINE Jocelyn MO012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas MO016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel MO100 (Dispo→15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILUSETTI Denis MO025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie MO114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice MO033		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey MO034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie MO101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François MO035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe MO089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique MO036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie MO040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice MO041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepeirre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas MO042		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry MO043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail • Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS • Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne MO102		• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric MO103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie • Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin MO104 (Disp → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie MO045		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoit MO115		• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepeirre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne MO090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe MO046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie • Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain MO093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent MO047		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepeirre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER MO049	CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schittighem	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean MO090		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric MO111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR • Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepeirre	45.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie MO011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry MO051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Service SAMU/SMUR	45.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan MO052		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander MO053		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie MO094		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles MO057		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana MO058		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie MO095		• Pôle de Biologie • Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe MO059		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) MO060		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoit MO061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth MO106		• Pôle Tête et Cou • Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna MO096		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte MO062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne MO107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepeirre	54.02 Chirurgie infantile
SCHRAMM Frédéric MO063		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hauteperre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hauteperre	54.02 Chirurgie Infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hauteperre	Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hauteperre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAÏ Christian	F0156	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	F0156	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITVILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0086	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0088	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hauteplaine
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hauteplaine
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hauteplaine
Dr DELPLANQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hauteplaine
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Centre Antipolison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit ex à vie* (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans* (1er septembre 2015 au 31 août 2018)
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans* (1er septembre 2016 au 31 août 2019)
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans* (1er septembre 2017 au 31 août 2020)
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IJRC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHÉ Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie Infantile) / 31.10.16	CUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.67.68
- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Mollère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.12.80.00
- Hôpital de La Robertsau : 83, rue Himmarich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.65.11
- Hôpital de l'Eisau : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.68.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Lionel, mon cher époux. Tu es mon pilier depuis 11 ans. Sans toi, je n'en serais sûrement pas arrivée là aujourd'hui. Même si je ne te le dis pas souvent, je te dois beaucoup, car tu as su m'accompagner et m'encourager durant toutes ces années d'études, dans les bons et mauvais moments. Je te remercie pour ton soutien quotidien indéfectible et ton enthousiasme à l'égard de tous mes projets. Je t'aime.

A Claudine et Robert, mes parents. Votre présence et vos encouragements ont été essentiels. Merci pour votre soutien sans faille et votre amour inconditionnel. Je sais tous les sacrifices que vous avez dus faire pour me permettre de réaliser mes rêves. Je vous en serai toujours redevables.

A Cyrielle, ma sœur. Merci de m'avoir toujours soutenue dans les moments difficiles.

A Marie et Paul, mes grands-parents. Je vous remercie de m'avoir élevée depuis ma plus tendre enfance. Les souvenirs resteront gravés pour toujours. Vous êtes les piliers fondateurs de ce que je suis. Babeba, j'espère que de là où tu es, tu es fière de moi.

A Annie, ma marraine, Patrick et François. Merci de m'avoir apporté votre soutien durant toutes ses années. Je vous remercie tout particulièrement d'avoir imprimé ma thèse. François, tu es un frère pour moi.

A Michèle et Philippe, mes beaux-parents. Je vous remercie pour vos encouragements. Un grand merci à Michèle qui a corrigé avec beaucoup de soins ce travail.

A Anne-Lise et Hélène, mes amies de médecine. Ces études nous ont permis de nous rencontrer. Je vous remercie d'avoir partagé avec moi de si bons moments. Anne-Lise, je n'oublierai jamais nos soirées entre filles à « l'appart à tartes ». Hélène, tu as été la meilleure co-interne qu'on puisse rêver.

Au Docteur Mélanie ROTH, ma directrice de thèse. Je te remercie d'avoir pris le temps de diriger ce travail et de m'avoir accompagné aux différentes étapes de l'étude. Merci pour les nombreux conseils que tu m'as donnés. Je te souhaite le meilleur pour le futur.

Merci au Professeur Vincent LAUGEL, qui a accepté d'assurer la présidence de ce travail.

Merci au Professeur Anne DANION-GRILLIAT, au Docteur Audrey JACAMON-FARRUGIA et au Docteur Anne SCHNEIDER de participer au jury.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	20
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA MALTRAITANCE INFANTILE	22
A. DEFINITIONS.....	22
1/ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	22
2/ L'Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS).....	23
3/ Définitions pénales.....	24
B. EPIDEMIOLOGIE	26
1/ Les données chiffrées.....	26
a) Avant 2007 : Observation nationale de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS).....	26
b) Après 2007 : Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en Danger	27
c) L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP)	30
2/ Sous-estimation de la maltraitance infantile	30
C. SEMIOLOGIE : LES SIGNES EVOCATEURS	32
1/ Les violences physiques.....	32
a) Les lésions tégumentaires	33
b) Les lésions squelettiques.....	34
c) Les lésions cranio-cérébrales.....	36
d) Les lésions viscérales	36
2/ Les violences sexuelles	37

3/ Les violences psychologiques.....	38
4/ Les négligences.....	39
5 / Cas particulier du Syndrome de Münchhausen par procuration	40
D. LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE	41
1/ Les facteurs de risque liés à l'enfant.....	42
2/ Les facteurs de risque liés aux parents	46
3/ Les facteurs de risque liés à la famille.....	49
E. LES CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE	51
1/ Le retentissement physique.....	52
2/ Le retentissement psychologique	52
3/ Le risque de troubles des conduites.....	53
4/ Le retentissement social.....	54
F. LA PROTECTION DE L'ENFANT	54
1/ Le signalement	54
2/ La prévention primaire.....	59

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES CONNAISSANCES DE FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE

INFANTILE EN MEDECINE GENERALE 61

A. OBJECTIFS 61

B. MATERIEL ET METHODE..... 62

 1/ L'étude..... 62

 2/ La population cible 62

 3/ Le questionnaire..... 63

 4/ Le recueil des données..... 63

C. RESULTATS..... 64

 1/ Renseignements généraux 64

 2/ Les facteurs de risque de maltraitance infantile..... 66

D. DISCUSSION..... 70

CONCLUSION 74

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX MEDECINS 75

ANNEXE 2 : RESULTATS 78

BIBLIOGRAPHIE 82

INTRODUCTION

La maltraitance infantile est bien plus fréquente que ce que l'on peut penser, dans la pratique courante de médecine générale en France. C'est une situation complexe, souvent sous-estimée, car son repérage et son diagnostic requièrent la plus grande prudence et vigilance. (1) En effet, plusieurs études réalisées dans des pays à haut niveau de revenus, publiées dans le journal *The Lancet* en 2009, ont estimé que 10% des enfants étaient probablement victimes de maltraitance dans ces pays. (2) En France, selon l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS), on comptait, en 2006, 98000 enfants en dangers soit une incidence de 7‰ en augmentation par rapport à 1998 (5‰). (3) Devant l'importance de ces chiffres, la maltraitance infantile nécessite impérativement une prise en charge urgente pluridisciplinaire en raison du risque de récurrences des violences en l'absence de signalement, mais aussi en raison de son retentissement psychique et somatique à moyen et long terme sur les enfants violentés. (4) C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît depuis 2006 la maltraitance infantile comme un problème de santé publique majeur pour l'enfant au même titre que d'autres pathologies chroniques. (5)

Toutefois, un grand nombre de faits de violences infantiles reste encore méconnu. Ceci peut être expliqué par les difficultés à repérer et signaler les situations à risque.

Le médecin généraliste devrait avoir une place de choix dans le repérage de ces situations, car il occupe un rôle privilégié dans les relations familles / enfants. Malheureusement, même si beaucoup d'enfants maltraités ou à risque sont signalés, ce n'est que rarement le fait des médecins (8% des sources de signalement en 2006 aux USA). (6) Ainsi, une thèse de 2012 sur le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes montre que celui-ci est souvent démunie face à ce fléau du fait d'un manque de connaissances, de formation ou encore d'outils à sa disposition. (7) De même, une autre thèse parisienne de médecine générale de 2013 réaffirme le manque de connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile de la part des jeunes internes de médecine générale. (8)

J'ai moi-même été confrontée à une situation délicate de maltraitance infantile pendant mon internat, durant mon stage en suites de couches en gynécologie obstétrique, où une jeune mère victime des troubles psychiatriques avait fait preuve de négligence envers son nouveau-né en ne manifestant aucun attachement à ce dernier. Cette situation éveilla en moi des interrogations sur le repérage et la prise en charge de la maltraitance à enfants dans la pratique courante de médecine générale, sujet qui est très peu développé dans notre cursus médical.

Cette thèse, par une étude descriptive quantitative, pose la question du repérage des facteurs de risque de maltraitance infantile chez les enfants en médecine générale en Alsace. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des facteurs de risques de maltraitance infantile par les médecins généralistes alsaciens sur la base d'un auto-questionnaire. L'objectif secondaire est d'apprécier, selon les sondés, l'intérêt de créer un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile dans l'optique de faciliter le repérage des enfants en danger ou à risque.

Dans un premier temps, nous aborderons les différentes définitions de la maltraitance infantile, les données épidémiologiques, la sémiologie de la maltraitance, ses facteurs de risque et ses conséquences à moyen et long terme. Puis nous évoquerons la protection de l'enfance avec les différents types de signalement.

Dans un second temps, nous évaluerons les connaissances des facteurs de risques de maltraitance infantile auprès des médecins généralistes alsaciens.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

A. DEFINITIONS

S'il y a une notion bien difficile à cerner, c'est bien celle de la maltraitance. Outre que l'expression est utilisée pour désigner des victimes diverses, elle évoque des comportements d'une grande variété.

Sans doute perçoit-on d'emblée que le cœur de la maltraitance, constitué par ce que l'on appelait, jadis, les mauvais traitements, renvoie à la violence.

Ainsi la maltraitance à enfants qui exprime, au sens large, les violences et les négligences envers toute personne de moins de 18 ans, a des définitions multiples et variées.

1/ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS (5) décrit la maltraitance infantile comme « *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 des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* ».

Aussi, l'OMS distingue 4 types de violences (9) :

- la violence physique qui correspond à l'usage intentionnel de la force physique à l'origine d'un préjudice réel pour la santé, la survie, le développement ou la dignité de l'enfant ;
- la violence sexuelle qui sous-entend la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut pas consentir ou qui viole les lois et les tabous de la société (viol, inceste, attentat à la pudeur, pédopornographie...). Différents auteurs ont tenté de définir des critères diagnostiques, tels que les critères de Wyatt (1985) : (10)
 - activité sexuelle intrafamiliale avant 18 ans, soit non désirée, soit impliquant une personne plus âgée d'au minimum 5 ans ;
 - activité sexuelle extrafamiliale non désirée avant 18 ans ;

- activité sexuelle extrafamiliale avant 13 ans avec une personne plus âgée d'au moins 5 ans.
- la violence psychologique qui se définit par le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable à un enfant ou de commettre des actes qui nuisent à sa santé et à son développement affectif (dénigrement, menace, intimidation...) (11) ;
- la négligence qui renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement d'un enfant, s'il est en position de le faire dans la mesure où il dispose de ressources suffisantes (ce qui distingue la négligence de la pauvreté). Cette dernière peut toucher différents domaines : la santé, l'éducation, la nutrition, les conditions de vie...

2/ L'Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS)

Créé en 1990, l'ODAS est un organisme indépendant chargé d'analyser l'action des collectivités publiques et institutions en matière de cohésion sociale et de lien social. Il évalue les politiques éducatives et sociales, notamment celles consacrées à la protection de l'enfance, l'insertion et le soutien à l'autonomie.

De ce fait, l'ODAS a introduit la distinction entre enfants maltraités et enfants en risque, dont les caractéristiques appellent des prises en charge différentes, ce qui a contribué à inspirer les fondements de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : (12)

- un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;
- un enfant en risque est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- c'est l'ensemble de ces enfants que recouvre la notion d'enfants en danger.

De par la loi de 2007 (13), la notion de danger prime sur la maltraitance. Cette loi introduit donc la notion d'information préoccupante (IP) qui se définit comme « *tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger,*

puisse avoir besoin d'aide et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale (la CRIP) pour évaluation et suite à donner ». (14)

3/ Définitions pénales

Il n'existe pas, en droit français, une définition plus claire de la maltraitance infantile que celle, particulièrement évasive, des articles 19 et 34 de la Convention internationale des droits de l'enfant, du 20 novembre 1989, les seuls pourtant à tenter une approche juridique du phénomène. Du moins, ces articles ont-ils le mérite de faire ressortir trois grands types de maltraitance : les « violences » (physiques comme psychologiques, mais aussi sexuelles) commises à l'encontre d'un mineur, l'« abandon » du mineur et son « exploitation ». (15)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que la maltraitance véritable suppose une relation censée être de confiance entre le coupable et sa victime. Cette composante postule alors, juridiquement, l'existence d'un rapport d'autorité, de droit ou de fait, entre le mineur et son agresseur.(16)

Si l'on considère uniquement les violences faites aux enfants, on différencie :

- La violence physique :

Elle est indemnisée, selon le code pénal (article 222-14)(17) en fonction de l'incapacité totale temporaire (ITT) qui correspond à la durée d'immobilisation obligatoire suites aux blessures et à leurs conséquences fonctionnelles.

Ainsi, les violences sur un mineurs de 15 ans sont punies de :

- 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;
- 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende si l'ITT > 8 jours ;
- 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende si l'ITT < 8 jours.

- La violence sexuelle :

Le Droit pénal définit 2 types d'infractions : (18)

➤ *les agressions sexuelles* : qui, selon l'article 222-22 (17), imposent à autrui un acte de nature sexuel « *par contrainte, violence, menace ou surprise* ». On distingue le viol, qui correspond à un acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, des autres agressions sexuelles telles que les actes d'attouchements ou de masturbations. Le viol peut être puni jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle (article 222-24).

➤ *les atteintes sexuelles* : qui sont décrites, dans l'article 227-25, comme « *le fait par un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace, ni surprise, une atteinte sexuelle sur un mineur de 15 ans* ». Elles sont punies de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

- La violence psychologique :

Elle peut être punie jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende selon l'article 227-17 du code pénal. (17)

- La négligence lourde :

L'article 227-15 (17) du code pénal définit la négligence comme « le fait de priver un mineur de 15 ans d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé ». Elle est punie de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

Si l'on réfléchit à ce qu'est la maltraitance en termes de conséquences à long terme, on voit bien l'intérêt de lui donner la définition la plus large possible, en tenant compte de la notion d'enfant en danger pour faciliter son repérage. On le sait, les jeunes enfants ne peuvent grandir, s'épanouir ou devenir des adultes responsables que si leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs sont pleinement satisfaits par les personnes qui s'en occupent. Tout manquement à cette règle constitue donc une forme de mauvais traitement.

B. EPIDEMIOLOGIE

1/ Les données chiffrées

Toutes les publications, y compris les plus récentes, s'accordent à dire que le recueil des données épidémiologiques est extrêmement complexe. Aussi, la fréquence exacte de la maltraitance infantile reste méconnue en France.

On retrouve 2 méthodes pour évaluer cette fréquence: (4)

- les enquêtes de victimisation : basées sur des auto-questionnaires qui recherchent des comportements de mauvais traitements avec un risque possible de minimisation des faits compte tenu des oublis, du déni, de l'embarras lors des évaluations, en particulier en cas de violence sexuelle ;
- les études basées sur les données « officielles » : qui sont réalisées par des professionnels intervenant auprès des enfants avec les problèmes de recueil et de traitement de données que l'on connaît.

a) Avant 2007 : Observation nationale de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS)

En 2007, l'ODAS a publié une étude (3) sur les données annuelles de signalement d'enfant en danger entre 1998 et 2006. Elle recensait les signalements traités par les conseils généraux qui préconisaient soit une mesure administrative, soit judiciaire.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000

Source Odas 2007

Évolution des types de mauvais traitements signalés entre 1998 et 2006
France métropolitaine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 800	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 200	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	4 400	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 600	2 500	3 800	3 400
Total des enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000

Source Odas 2007

En 2006, le nombre d'enfants signalés en danger était de 98 000 (dont 19 000 enfants maltraités et 79 000 enfants en risque), soit une incidence de 7‰ en augmentation par rapport à 1998 (83 000 enfants signalés en danger avec 19 000 enfants maltraités et 64 000 enfants en risque). Malgré une ascension du nombre d'enfants en danger signalés, on constate que le nombre d'enfant maltraités reste stable en 1998 et 2006. En revanche, on remarque une forte progression des enfants à risque (+ 15 000 soit 23%).

De 1998 à 2006, le nombre de signalement pour violence physique, sexuelle et négligence a légèrement diminué alors que le nombre de signalement pour violence psychologique a doublé. (4) La part croissante des signalements pour violence psychologique est probablement due à une meilleure connaissance et considération de ce type de mauvais traitement.

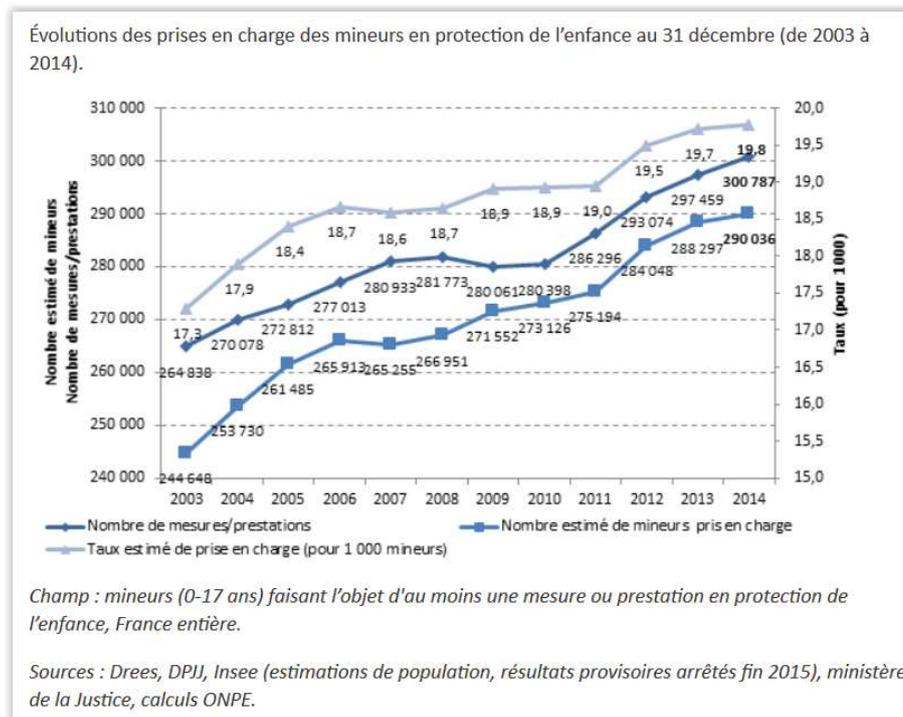
b) Après 2007 : Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en Danger

Créé en 2004, il rassemble deux entités :

- L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) dont l'objectif est d'améliorer les connaissances en matière de protection de l'enfance, notamment par le recensement des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge concernant les enfants en risque et en danger, le recueil et l'analyse des données et des études sur la protection de l'enfance, ainsi que le développement et le financement de recherches en la matière.

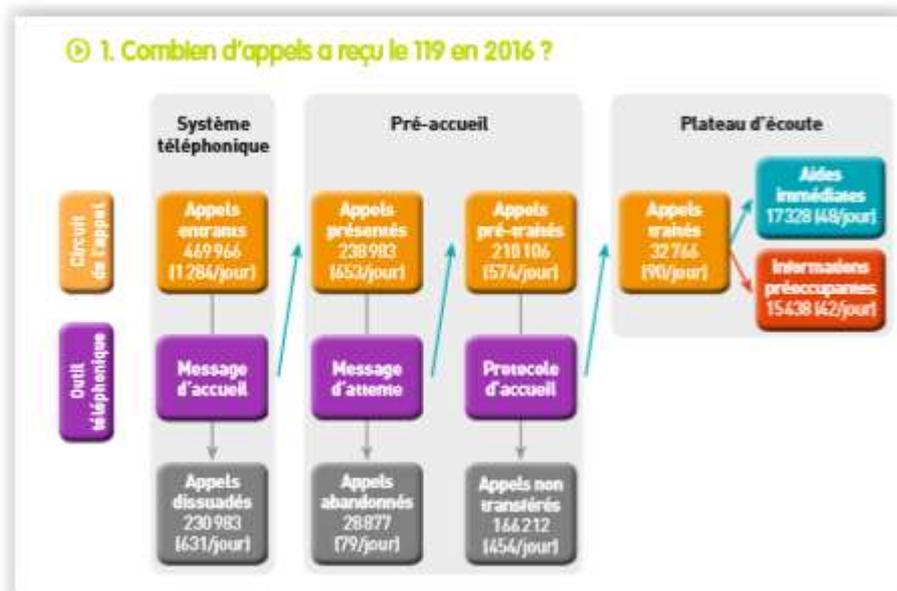
Ainsi, l'ONED réalise une estimation du nombre de mineurs et de jeunes majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection au 31 décembre de l'année en cours. Cette estimation est réalisée

à partir du croisement des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le nombre de mineurs en assistance éducative issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants. (19) (20)



Au 31 décembre 2014 pour la France entière, le nombre de mineurs, bénéficiant d'au moins une mesure administrative ou judiciaire, est estimé à 290 000 sur la France entière, soit un taux de 19,8 % des moins de 18 ans. Ces taux sont en constante augmentation depuis 2003 où le taux de prise en charge était de 17,3 %.

- **Le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) (21)** : numéro téléphonique gratuit, accessible au 119, qui permet de répondre 24h/24 et 7j/7 à des appels concernant des situations d'enfants en danger ou en risque de l'être. Les écoutants conseillent, orientent les appelants et si nécessaire, transmettent les informations aux départements par le biais de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP).



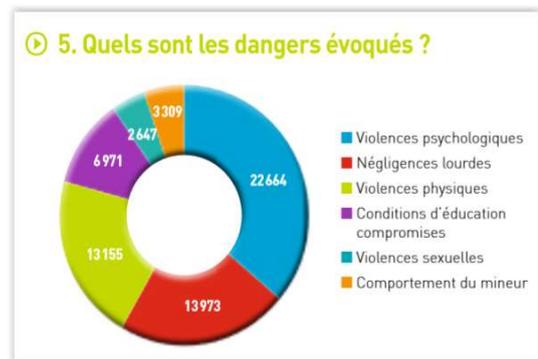
Source : Bulletin annuel SNATED 2016

En 2016, sur les 469 966 appels parvenus dans le système téléphonique du 119, 238 983 sont présentés au service. En raison de nombreux appels abandonnés ou non transférés, seuls 32 766 sont traités dont 17 328 ont abouti à une aide immédiate (c'est-à-dire un conseil, un soutien ou des renseignements) et 15 438 (47% des appels traités) à une information préoccupante. Ainsi le SNATED réalise pratiquement autant d'informations préoccupantes que d'aides immédiates. L'analyse des retours d'évaluations en 2016 par le CRIP permet de confirmer que 60% des situations n'étaient pas connues pour faits de maltraitance.

Le bulletin annuel du SNATED de l'année 2017 sur les données 2016 conclut que :

- 11% des appelants sont les enfants, les adolescents ou jeunes majeurs concernés par des faits de violences, 4 appelants sur 10 sont des membres de la famille proche ;
- la moyenne d'âge des enfants en danger est de 8,5 ans ;
- les violences psychologiques sont prépondérantes en 2016 avec 36.1% ;

- pour la première fois, la proportion des négligences lourdes augmente nettement en 2016 pour arriver à 22% devant les violences physiques (21%).



Source : Bulletin annuel SNATED 2016

c) L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP)

D'après le bulletin 2013 de l'ONDRP (22), les faits de violences, mauvais traitements et abandons d'enfants enregistrés par la police ou la gendarmerie en France en 2011 étaient de 17 889 (nombre regroupant les violences physiques non mortelles contre les moins de 15 ans, la privation d'aliments ou de soins, le délaissement d'un mineur). Le nombre de violences sexuelles sur mineurs étaient de 13 47 dont 5 423 viols sur mineurs et 8 047 harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre mineurs. L'analyse de ces quelques données révèle d'emblée la variété des chiffres, recueillis selon des unités de mesure diverses (signalement pour l'ODA, mesure de protection pour l'ONED) Ces chiffres ne se recourent donc pas et sont sûrement sous-estimés.

2/ Sous-estimation de la maltraitance infantile

Les chiffres dont on peut actuellement disposer sont très probablement sous-estimés en raison des différentes définitions de la maltraitance infantile, des sources multiples de recueils des données, d'un diagnostic plus difficile de certains types de maltraitance autres que physiques, de biais de sélection des niveaux socio-économiques (les mauvais traitements sont plus facilement dissimilés dans les milieux favorisés), de disparités géographiques (taux de signalement différent selon les départements), les difficultés rencontrées par les médecins libéraux à réaliser un signalement (23)

Aussi, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé (22), il existe des facteurs qui limiteraient les médecins à déclarer une situation d'enfant en danger tels que la connaissance de la famille, l'attente de

répercussions négatives d'un signalement, la conviction que le travail avec la famille peut résoudre le problème.

Ainsi, les données chiffrées actuelles proviennent de sources multiples et sont collectées selon des méthodes différentes. Leur cohérence est faible, et les problèmes méthodologiques sont nombreux, tant dans leur recueil que dans leur traitement et leur exploitation. Par exemple, depuis 2007, les chiffres nationaux ne sont plus disponibles, car l'ONED ne normalise pas les chiffres entre départements et ne permet pas d'effectuer une moyenne ou une extrapolation sur le plan national.

Ces données concernent, pour la plupart, des cas d'enfants qui font l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire et ne prennent donc pas en compte la « maltraitance cachée ». (24) Ainsi le journal britannique *The Lancet* (2) estimait en 2009 que 10% de la population des enfants des pays occidentaux à haut revenus étaient victimes de mauvais traitements, ce qui est très loin des taux officiels en France. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence compte tenu des différences internationales dans les systèmes de recueil et de traitement des données.

Dans l'ouvrage *Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France* (25), Mme TURSZ réalise une enquête sur les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an auprès de l'ensemble des services hospitaliers et tribunaux de tous les départements de 3 régions (Bretagne, Île de France, Nord-Pas de Calais) sur une période de 5 ans (1996-2000). Ces données ont été recoupées avec celles du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM avec l'accord de la commission nationale de l'information et des libertés. Après l'analyse des cas hospitaliers, l'enquête a permis de retrouver 15 fois plus d'infanticide que ceux recensés dans les statistiques officielles de mortalité de l'INSERM. Ainsi Mme TURSZ a démontré l'existence de 255 infanticides par an entre 1996 et 2000 alors que les statistiques officielles n'en démontraient que 17 par an, ce qui traduit bien l'existence d'une sous-estimation des homicides avant 1 an.

C. SEMIOLOGIE : LES SIGNES EVOCATEURS

Le diagnostic de maltraitance infantile est souvent difficile en raison d'une grande variabilité des symptômes. En effet, il n'existe pas de signe clinique pathognomonique. « *Les violences sont rarement verbalisées par l'enfant. Il exprime souvent ce qu'il a subi à travers des plaintes somatiques et des troubles du comportement qu'il est important de savoir décoder* ». (26)

Toutefois, on doit tenir compte de certains critères d'alerte à l'interrogatoire : (27)

- un retard de consultation chez le médecin après l'apparition des lésions ;
- une discordance entre la clinique et les explications de l'entourage ;
- le nomadisme médical avec la présentation de l'enfant en danger à des médecins différents pour étayer les soupçons ;
- une attitude parentale inadaptée (indifférence quant à la gravité des lésions, responsabilité reportée sur un tiers, pas de contact avec l'enfant).

Dans ce contexte, l'étude du carnet de santé est primordiale afin de déterminer : (28)

- les antécédents personnels et familiaux de l'enfant ;
- le calendrier vaccinal (respecté ou non) ;
- le développement staturopondéral et psychomoteur (retards) ;
- le mode de garde et l'entourage de l'enfant.

1/ Les violences physiques

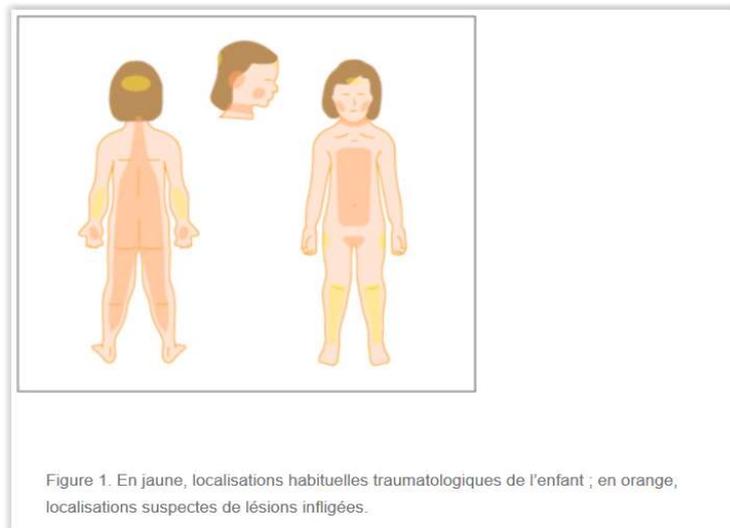
Elles sont nombreuses et se répartissent de la façon suivante : (23)

- les lésions tégumentaires (ecchymoses, hématomes et brûlures principalement) ;
- les lésions squelettiques (fractures) ;
- les lésions craniocérébrales (syndrome du bébé secoué) ;
- les lésions viscérales.

a) Les lésions tégumentaires

Dans un contexte de maltraitance, les lésions tégumentaires, qui sont très fréquentes, sont variées, localisées dans des endroits atypiques (aisselle ou parties génitales par exemple). La découverte d'une lésion suspecte impose toujours d'effectuer un examen clinique complet chez un enfant entièrement dévêtu. Ces dernières doivent être décrites très précisément voire photographiées avec une règle et reportées sur un schéma détaillé.

Le principal diagnostic différentiel correspond aux pathologies entraînant des troubles de l'hémostase, d'où l'intérêt de faire une crase sanguine (NFS, plaquettes, TP TCA).



Source : *Maltraitance et enfant en danger* HIQUET J and All *Revue de Médecine Légale*. Juin 2017 (28)

Ces lésions peuvent être des contusions, ecchymoses, plaies, brûlures ou morsures. Elles ne sont évocatrices que par leur multiplicité, leur forme et certaines localisations. Avant l'âge des déplacements, les ecchymoses sont extrêmement suspectes. De même, des lésions multiples d'âges différents dans des localisations inhabituelles doivent alerter. (23)

Ainsi, dans ses recommandations, *le Nationale Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* suspecte une maltraitance infantile : (29)

- si un enfant a des ecchymoses ayant la forme d'une main, d'une ligature, d'un bâton, d'une marque de dents, d'un agrippement ou d'un objet ;

- si celles-ci ne sont pas compatibles avec les explications des parents :
 - ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas seul,
 - ecchymoses multiples,
 - ecchymoses de forme et de taille similaire,
 - ecchymoses ailleurs que sur une proéminence osseuse ou ecchymoses du visage, du cou,
 - ecchymoses des chevilles et des poignets ressemblant à des marques de ligatures.

Pour ce qui est des brûlures, les éléments suspects sont : (30)

- une localisation atypique : moitié inférieure du tronc, périnée, membres inférieurs, face ;
- un contour symétrique à bords nets ou reproduisant la forme d'un objet (brûlure de cigarette par exemple) ;
- des stades différents de cicatrisation.

Enfin, toute trace de morsure est alarmante et doit conduire à un examen cutané minutieux. Les marques de morsure d'adulte diffèrent de celles d'un enfant par un espace intercanine-maxillaire de plus de 3 cm. Les morsures humaines sont plus superficielles que celles des animaux, beaucoup plus profondes. (23)

b) Les lésions squelettiques

Les fractures sont la deuxième forme de lésions les plus fréquentes en termes de violences physiques. Toute fracture avant l'âge de la marche doit faire suspecter une maltraitance. Des mauvais traitements doivent être évoqués en cas de fractures multiples d'âges différents au niveau des arcs postérieurs des côtes, du crâne ou des os propres du nez. (30)

Les radiographies du squelette permettent de porter le diagnostic. Avant l'âge de 2 ans, la symptomatologie est fruste et les radios du squelette entier doivent être systématiques. Après 2 ans, les clichés sont orientés selon la clinique.

D'après la classification de NIMKIM et KLEINMAN, certaines fractures sont plus spécifiques des violences physiques :(31)

- les fractures métaphysaires de type arrachement « en coin » ou « en anse de seau » ;
- les fractures des côtes postéro-médiales ;
- les fractures de l'omoplate ;
- les fractures des apophyses épineuses ;
- les fractures du sternum.

CLASSIFICATION DE NIMKIN ET KLEINMAN	
TABLEAU	Spécificité élevée
	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions métaphysaires classiques (de type arrachement avec fracture de coin ou en anse de seau) • Fractures de côtes postéro-médiales • Fractures de l'omoplate • Fractures des apophyses épineuses • Fractures du sternum
	Spécificité modérée
	<ul style="list-style-type: none"> • Fractures multiples • Fractures de différents âges • Décollements épiphysaires • Fractures et subluxations des corps vertébraux • Fractures de doigts • Fractures complexes du crâne
	Spécificité faible
	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions périostées • Fractures de la clavicule • Fractures diaphysaires des os longs • Fractures linéaires du crâne

Source : La revue du Praticien vol 61 n° 5 2011 (31)

Le syndrome de Silverman (28) est un syndrome radiologique qui associe des lésions osseuses multiples d'âges différents (fractures diaphysaires récentes ou anciennes, arrachements osseux, décollements sous périostés).

Selon les recommandations du *Nationale Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* (29), une maltraitance infantile doit être suspectée en cas de :

- de fractures d'âges différents ;
- de fractures occultes sur les radiographies (fractures identifiées sur les radios qui ne sont pas apparentes cliniquement).

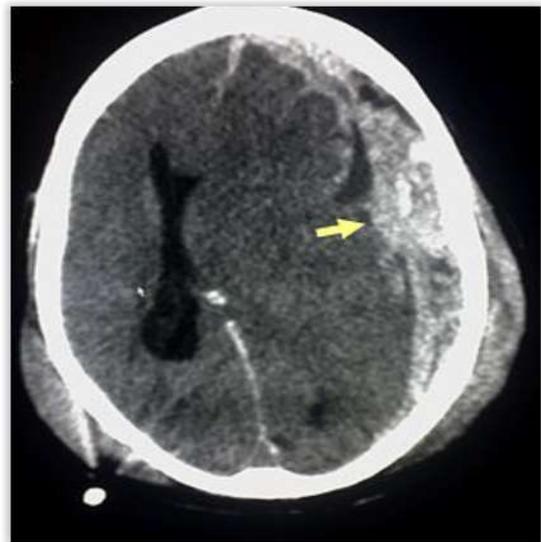
Le diagnostic différentiel des lésions squelettiques est l'ostéogenèse imparfaite et l'ostéopénie d'une prématurité.

c) Les lésions cranio-cérébrales

Les traumatismes crâniens (23) sont la première cause de décès chez le nourrisson maltraité ou peuvent être à l'origine de séquelles cérébrales définitives : hémorragies méningées, hématomes sous-duraux ou extra-duraux, avec ou sans contusions cérébrales sous-jacentes.

Dans le cadre du syndrome du bébé secoué (32), l'hématome sous-dural chez l'enfant de moins de 2 ans, est souvent consécutif à des mouvements de translation et de rotation brutal de la tête, sans choc crânien direct. La forme aiguë réalise un tableau de détresse neurologique, alors que la forme chronique, de diagnostic plus difficile, associe une augmentation du périmètre crânien, des troubles du comportement, des troubles digestifs avec vomissements et stagnation pondérale, et des signes neurologiques avec convulsions.

Le diagnostic repose sur l'imagerie cérébrale, qui précise le siège, le volume, le caractère aigu ou chronique de l'hématome, son association à un œdème ou une atrophie cérébrale. Le scanner est complété par un fond d'œil qui met en évidence un décollement de rétine, des hémorragies rétinienne ou sous conjonctivales, ou un œdème pré rétinien



Scanner cérébral : Hématome sous dural aigu avec effet de masse
Source : Maltraitance chez l'enfant. REY SALMON C et ADAMSBAUM C (23)

d) Les lésions viscérales

Beaucoup plus rares (1 à 2% des cas), les lésions viscérales représentent la deuxième cause de décès de l'enfant maltraité. (26) Elles évoluent souvent à bas bruit et exposent à un retard de diagnostic car se révèlent par un syndrome abdominal aigu ou un état de choc. L'imagerie est indiquée au moindre doute. D'après un article britannique de la revue *The Lancet* (33), les traumatismes viscéraux par mauvais traitement sont plus fréquents chez les enfants de moins de 5 ans. On constate également que les lésions intestinales sont plus fréquentes chez les enfants maltraités que les enfants accidentés.

	Abused children (n=20)	Children injured by road-traffic accident (n=112)	Children injured by falls (n=52)
Children younger than 5 years	16	14	3
Mean (SD) age (years)	3.73 (3.70)	9.70 (3.82)	10.39 (3.70)
Gut injuries (%)	11 (55%)	28 (21%)	5 (10%)
[n <5 years]	[9]	[5]	[0]
Liver, spleen, and kidney injuries (%)	12 (60%)	75 (67%)	44 (85%)
[n <5 years]	[10]	[9]	[3]

Data are number of children unless otherwise stated.

Table 1: Abdominal injuries in children age 0–14 years

Source : *Abdominal injury due to child abuse HOBBS CJ The Lancet* (33)

2/ Les violences sexuelles

Elles peuvent être à l'origine de lésions traumatiques génito- anales, parfois associées à d'autres types de violences physiques (ecchymoses...) ou psychologiques. (26) (22)

Les lésions de la sphère génitale sont souvent aspécifiques, mais doivent faire évoquer une maltraitance, lorsqu'elles sont observées chez l'enfant prépubère et qu'elles se répètent. Il peut s'agir de saignements vaginaux ou rectaux, de lésions traumatiques ou de douleurs génitales, voire d'infections urinaires répétées chez la fille prépubère. Il ne faut pas négliger la recherche de maladies sexuellement transmissibles associées (herpès simplex, VIH, syphilis, hépatite B et C, gonococcie, chlamydiae) par des prélèvements bactériologiques locaux et des sérologies sanguines.(23)

Des sévices sexuels devront être recherchés systématiquement devant des symptômes beaucoup moins spécifiques tels que des douleurs abdominales sans étiologie organique, une énurésie, une encoprésie ou des troubles du comportement (préoccupation sexuelle et connaissance inappropriée au jeune âge de l'enfant, échec scolaire, peur des hommes, refus de se déshabiller avant d'aller au lit).

Enfin la survenue d'une grossesse ou la demande d'une IVG chez une très jeune adolescente doivent également alerter (dosage de beta HCG systématique en cas de doute).

3/ Les violences psychologiques

La mise en évidence de tels traumatismes est très difficile, même s'ils sont de plus en plus fréquents, comme en témoignent les chiffres de l'ODAS. (3) Il est donc primordial d'y penser systématiquement, d'autant plus, que les violences psychologiques exposent à des conséquences tout aussi dévastatrices que les violences physiques ou sexuelles. (11)

Ainsi le *Nationale Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* (29) recommande d'évoquer une maltraitance psychologique en cas de :

- trouble des interactions précoces ou de trouble du comportement lié à un défaut d'attachement chez le nourrisson ;
- interactions inadaptées par rapport au développement de l'enfant ;
- rejet de l'enfant ;
- humiliations répétées ;
- exigences excessives ;
- expositions à des expériences traumatisantes (violences conjugales) ;
- utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte ;
- implications dans des activités illégales ,
- isolement de l'enfant ;
- refus d'autoriser le mineur à parler à un professionnel de santé si nécessaire.

Ces violences psychologiques ont des répercussions sur le développement affectif et social de l'enfant.

Elles peuvent entraîner des troubles psychiques aigus à type : (26)

- de troubles anxieux : sous forme de stress important de l'enfant qui est irritable avec un sommeil altéré (réveils nocturnes, cauchemars...). Ceci peut évoluer vers une perte des acquis avec régression, ou vers des troubles de la socialisation avec isolement.
- de dépression : sous forme de douleur morale profonde et de sentiment de responsabilité ou de culpabilité vis-à-vis des violences subies. Cette symptomatologie triste peut conduire à des idées noires suicidaires.
- de troubles des conduites sociales : soit sous forme d'isolement soit sous forme de désinhibition avec auto ou hétéro-agressivité. Ces troubles peuvent être associés à des conduites addictives.

Mais ces traumatismes psychologiques peuvent également être responsables de symptômes chroniques :

- le syndrome de stress post-traumatique : d'apparition secondaire, tardive, se traduit par une hyperactivité émotionnelle et motrice, des moments de prostrations, un syndrome de répétition, une anticipation négative où l'enfant redoute une résurgence des actes violents, et des symptômes psychosomatiques variés ;
- les troubles du développement : à type de retard psychomoteur ou staturo-pondéral.

La prise en charge des maltraitances psychiques est difficile dans la mesure où il est compliqué d'établir un projet thérapeutique dans ces familles.

4/ Les négligences

Les négligences exposent à des conséquences graves sur le développement de l'enfant aussi bien physique que psychologique. Le *Nationale Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* recommande d'évoquer une négligence devant : (29) (22)

- un manque d'hygiène qui affecte la santé des enfants : infestations récurrentes (poux, gales), vêtements sales ;
- une alimentation inadaptée responsable d'un retard de croissance staturo-pondéral ;
- un environnement dangereux par rapport au développement de l'enfant ;
- une surveillance inadaptée ou manquante ;
- une carence de soins médicaux ou dentaires.

5 / Cas particulier du Syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen constitue un trouble des conduites qui s'intègrent dans la catégorie des troubles factices répertoriés par le DSM IV.

TABLEAU 1	Critères diagnostiques du trouble factice
A.	Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.
B.	La motivation du comportement est de jouer le rôle de malade.
C.	Absence de motifs extérieurs à ce comportement (p. ex. obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale, ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la simulation).

Source : DSM IV (34)

Dans le cadre d'un trouble factice, le patient provoque délibérément ses symptômes, sans rechercher de bénéfices directs avec un besoin de jouer le rôle du malade.

Ici, l'enfant est victime d'une maladie simulée ou fabriquée par les parents (le plus souvent par la mère) qui ont une connaissance médicale du fait de leur profession. Le syndrome se traduit par de nombreuses hospitalisations avec explorations invasives voire interventions chirurgicales. Il concerne fréquemment les enfants de moins de 5 ans.

Le diagnostic, très difficile, du syndrome de Münchhausen repose sur : (35)

- la survenue chez un enfant d'une maladie simulée par un parent ;

- des demandes insistantes du parent aux médecins pour examiner et soigner l'enfant avec mise en œuvre de procédures thérapeutiques multiples et invasives ;
- un déni de la connaissance de la cause de la maladie par le parent ;
- une régression des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

D. LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE

Il n'existe pas de « profil » de parent maltraitant ou d'enfant victime. Pourtant, certains éléments sont associés à une incidence plus élevée de mauvais traitement. Leur présence doit éveiller l'attention sans pour autant évoquer le diagnostic de maltraitance.

Ainsi, la maltraitance infantile résulte de l'association complexe de plusieurs facteurs de niveaux différents, comme le décrit la thèse de 2016 de S REYBEROTTE. (36) De part une revue de la littérature sur des articles de maltraitance infantile, ce travail a identifié 3 types de facteurs de risque :

- les facteurs liés à l'enfant ;
- les facteurs liés aux parents ;
- les facteurs liés à la famille.

Par « *facteur de risque* », on entend les caractéristiques des enfants et des familles pour lesquelles un lien statistiquement significatif avec la survenue de mauvais traitement a pu être démontré.

Malheureusement, il est important de noter que de nombreux facteurs de risque de maltraitance sont encore méconnus dans le corps médical et notamment chez les jeunes médecins comme l'atteste une thèse parisienne de 2016 de C GRECO qui traite du repérage de la maltraitance faite aux enfants par les internes de médecine générale. (8). En effet dans cette étude, la prématurité n'est évoquée que dans 3% des cas comme facteur de risque de mauvais traitement.

1/ Les facteurs de risque liés à l'enfant

Certaines caractéristiques liées à l'enfant le rendent plus vulnérables et l'exposent davantage à la violence :

- L'âge :

Le très jeune enfant est particulièrement sensible aux violences physiques. En effet, en France, d'après le rapport de l'INSERM de 2011, le taux d'homicide était beaucoup plus élevé chez les enfants de moins de 1 an, dont plus de la moitié avait moins de 4 mois. (37) De même, en 2007, aux Etats-Unis, près de 1545 enfants sont décédés des conséquences de violences ou de négligences, la plupart avait moins de 4 ans. (38)

	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
2005	13 500	16 300	26 200	21 700	16 600	2 700	97 000
2006	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000
Évolution	-300	-400	-400	+900	+1 000	+200	+1 000

Source Odas 2007

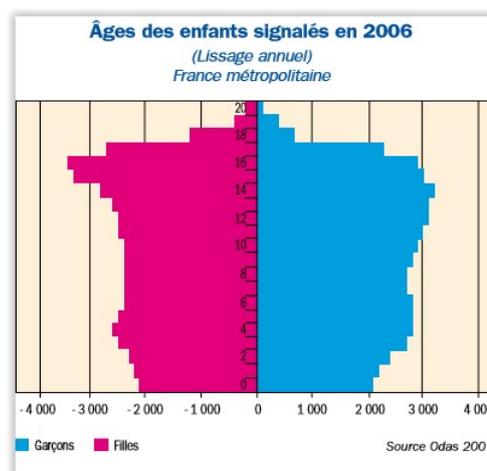
Pourtant les adolescents ne sont pas à négliger. Ainsi, en 2006, l'ODAS (3) a constaté une augmentation des signalements chez adolescents (+ 1900 par rapport à 2005) alors que la part des signalements des moins de 11 ans avait tendance à diminuer sur la même période. La part de cette population pubère restait toutefois minoritaire avec 44% des signalements, contre 56% chez les enfants de moins de 11 ans. Les enfants de moins de 6 ans représentaient 29% des signalements.

Par ailleurs, selon le bulletin annuel du SNATED, la moyenne d'âge des enfants en danger est de 8,5 ans en 2016. (21)

- Le sexe :

La répartition par sexe varie en fonction du type de mauvais traitement. Dans les statistiques de l'ODAS et du SNATEM, les filles sont majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. Mais au niveau des données de mortalité, il existe une surreprésentation nette du sexe masculin lié le plus souvent au syndrome du bébé secoué. (39) 77% des bébés secoués sont des garçons dans l'étude de l'INSERM. (37) Ce phénomène est retrouvé dans toutes les études sur le syndrome du bébé secoué, quel que soit le pays. (40)

En France, l'ODAS (3) montre en 2006 que les garçons représentent une part plus importante des enfants signalés. Toutefois cette proportion a tendance à s'inverser à partir de 15 ans, où les filles deviennent majoritaires, ce qui est sans doute lié à l'augmentation des violences sexuelles à l'adolescence.



Les données du SNATED de 2016 (21) confirment les chiffres de l'ODAS. En effet, jusqu'à 11 ans, le nombre de garçons en danger est plus élevé que celui des filles. Mais à partir de 11 ans et jusqu'à 18 ans, la tendance s'inverse.

Aux Etats-Unis, selon une étude réalisée à Boston entre 2002 et 2005 (41), les filles sont davantage victimes de violences sexuelles (26.7% contre 16.7% des garçons). Les garçons, quant à eux, sont plus sujets aux violences physiques (25% contre 21.1% des filles). En revanche, on ne constate pas de différence significative pour les violences psychologiques.

- La prématurité :

La prématurité apparaît comme un des principaux facteurs de risque de maltraitance infantile. Or elle est souvent méconnue des professionnels de santé comme le souligne la thèse parisienne de C GRECO.

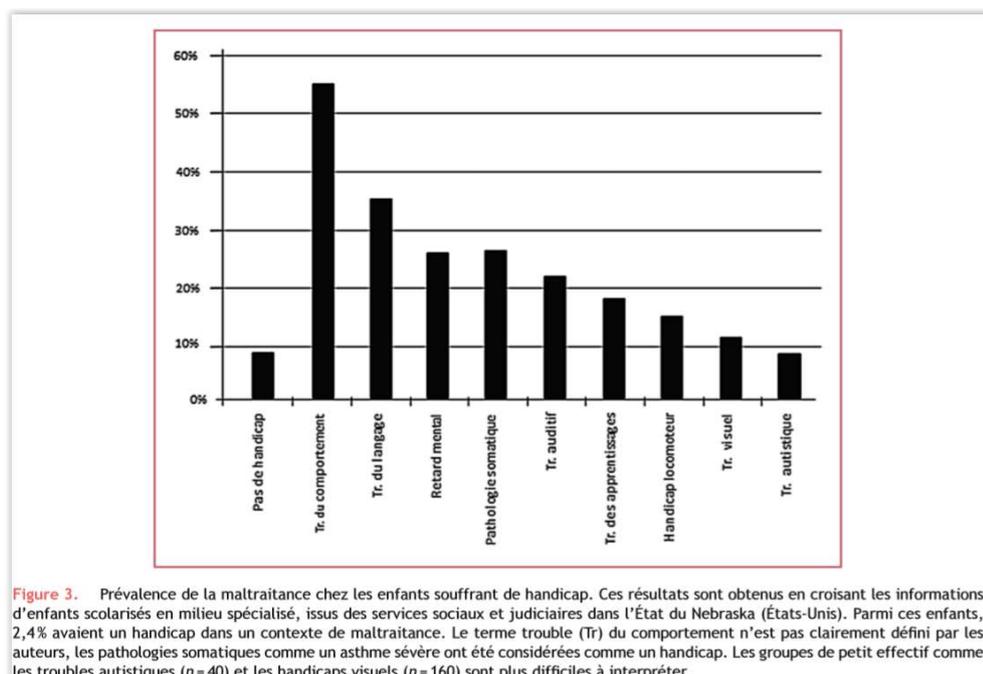
(8) L'étude SPENCER (42) de 2006, réalisée à partir d'une cohorte anglaise de naissance sur 20 ans, montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée de maltraitance quel que soit son type. Cette association statistique reste indépendante de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique.

En France, selon le rapport de l'INSERM de 2011(37), 22% des bébés secoués étaient nés prématurément.

Pour conclure, la prématurité, surtout si elle a entraîné une hospitalisation néonatale, est à prendre en compte, car elle a rendu difficile, voire impossible l'attachement précoce entre le nouveau-né et ses parents, ce qui constitue une situation à risque de maltraitance ultérieure.

- Le handicap physique / mental :

De même, si divers types de handicap physique ou mental sont souvent les conséquences de la prématurité, l'étude anglaise SPENCER (42) a démontré qu'avoir un handicap, quel qu'il soit, est associé de façon significative au risque de maltraitance.



Source : Etude américaine réalisée dans le Nebraska entre 1994 et 1995. D'après SULLIVAN et KNUTSON 2000

(4) (43)

D'après une étude américaine, plus ancienne, réalisée dans le Nebraska entre 1994 et 1995 (43), les enfants présentant un handicap ont 3 à 4 fois plus de risque d'être victime de maltraitance (31% de cas de violence chez ces enfants contre 9% chez les enfants témoins).

Enfin, une revue de la littérature américaine (44), publiée dans *The Lancet* en 2012, a estimé la prévalence de la maltraitance infantile chez ces enfants. Ils auraient un risque accru de mauvais traitement (27%) notamment physique (20%).

- Les troubles du comportement / des apprentissages :

Les troubles du comportement ou des apprentissages ne sont pas à négliger. En effet, l'étude anglaise SPENCER de 2006 (42) va dans le sens d'une association significative entre la maltraitance et les troubles des conduites, de façon indépendante de la prématurité, et des caractéristiques socio-économiques de la famille.

Il en est de même de l'étude américaine SULLIVAN et KNUTSON de 2000 (43), qui affirme que le risque de mauvais traitement est particulièrement important en cas de trouble du comportement. Ainsi, un enfant présentant ce type de trouble a une augmentation du risque d'être maltraité de 37,4%. En cas de trouble des apprentissages, ce risque est augmenté de 16.4%.

2/ Les facteurs de risque liés aux parents

Certaines caractéristiques liées aux parents exposent à un risque accru de maltraitance infantile :

Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006 France métropolitaine						
	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugales (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
Nombre d'enfants signalés	95 000		97 000		98 000	
Nombre total de facteurs cités	141 550	soit 1,5 facteurs cités/enfants	154 400	soit 1,6 facteurs cités/enfants	146 300	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

- Les antécédents de violence dans l'enfance :

Les antécédents de violence dans l'enfance des parents correspondent à la transmission intergénérationnelle de la violence. L'étude de l'INSERM de 2011 (37) a conclu que la moitié des auteurs du syndrome du bébé secoué ou d'homicide volontaire ont des antécédents de mauvais traitement dans leur enfance.

De même, une étude américaine publiée en 2017 (45) montre que, pour les mères anciennement victimes de violence, la probabilité de maltraiter leurs enfants augmente de 72%, comparativement aux mères qui ne sont pas maltraitées.

- Les troubles psychopathologiques :

De nombreuses enquêtes ont prouvées que les troubles psychopathologiques des parents sont à risque de maltraitance infantile. Selon l'ODAS (3), 14% des enfants signalés ont des parents manifestant des troubles psychopathologiques en 2005.

De plus, l'étude de l'INSERM de 2011 (37) montre que les parents responsables de néo-infanticide présentent une pauvreté des affects, une immaturité, une impulsivité, un repli sur soi ou une dévalorisation de l'image de soi.

Enfin, une revue de la littérature anglaise portant sur des études de cohortes entre 1993 et 2003 (46) reconnaît que les troubles psychopathologiques avec notamment les dépressions et les psychoses sont des facteurs de risque.

Pour conclure, une minorité des parents maltraitants sont des malades mentaux (mère psychotique, déséquilibrés agressifs, personnalités perverses). La reconnaissance de la pathologie mentale n'est pas toujours aisée, en particulier lorsqu'elle est masquée et ne se révèle qu'à l'occasion d'un sévère grave exercé à l'encontre de l'enfant.

Les parents, en majorité, donnent l'apparence superficielle de la normalité, mais ils ont en commun une personnalité rigide, immature, impulsive, avec froideur affective, mauvaise image d'eux-mêmes, intolérance à la frustration, incapacité à supporter les servitudes occasionnées par l'élevage de leur enfant et à percevoir les besoins de celui-ci. Ils ne tolèrent pas les petits troubles de l'enfant (nervosité, troubles du sommeil, difficultés d'alimentation, énurésie) et réagissent par des manifestations d'agressivité violentes et disproportionnées.

- L'usage de toxiques :

Les conduites addictives telles que l'alcoolisme ou la toxicomanie sont très souvent retrouvées chez l'un ou les deux parents. Une intoxication occasionnelle sera responsable d'un acte impulsif qui peut ne

jamais se reproduire, alors qu'une consommation chronique sera responsable de négligences pouvant aller jusqu'à l'abandon de l'enfant.

L'abus de toxique (alcool ou drogue) est donc un facteur de risque de violence conjugale et de maltraitance infantile, comme le souligne une revue de la littérature anglaise (46) qui confirme l'association significative de l'usage d'alcool avec les mauvais traitements (rapport relatif à 2,67 avec un intervalle de confiance excluant la valeur 1).

Aussi, en France, selon l'ODAS, 11% des enfants signalés en 2006 ont des parents dépendant à l'alcool ou la drogue. (3)

- Le niveau éducatif :

Dans son dernier rapport de 2007, l'ODAS (3) considère la carence éducative comme le premier facteur de risque de maltraitance, car elle représente plus de 50% des cas d'enfants signalés entre 2004 et 2007. En effet, on retrouve des troubles de la relation parents / enfants en cas de faible niveau éducatif, car ces parents ont un manque de connaissance du développement normal d'un enfant, des difficultés à anticiper et à réagir de manière appropriée aux signaux de l'enfant, et présentent souvent une immaturité.

- Le statut socio-économique :

Ce sont les facteurs socio-économiques qui sont le plus souvent mis en avant dans la plupart des publications, avec un niveau de preuve des plus variables, l'association maltraitance / précarité relevant pratiquement de l'automatisme. Or la maltraitance traverse toutes les classes sociales, comme cela a été démontré pour le syndrome des bébés secoués pour l'enquête de l'INSERM (37). Cette étude a montré que les catégories socioprofessionnelles des parents auteurs d'infanticides ne différaient pas de la population générale (même pourcentage de cadres supérieurs, d'employés, d'ouvriers...).

Toutefois, de nombreuses études concluent que les facteurs socio-économiques des parents jouent un rôle important dans les violences faites aux enfants. Ainsi, pour la majorité des auteurs, les mauvais traitements surviennent dans les familles à faible niveau socio-économique où sévit le chômage et la pauvreté.(22) De même, le rapport mondial de l'OMS (9) indique un lien étroit entre la pauvreté, le chômage et la maltraitance.

En France, la précarité économique est retrouvée chez 15 % des enfants signalés en 2006, selon les chiffres de l'ODAS (3), ce qui place la pauvreté en 3^e facteur de risque de maltraitance.

Néanmoins, il est important de ne pas occulter la maltraitance infantile dans les classes sociales les plus favorisées où elle est souvent sous déclarée et dissimulée, échappant au contrôle des services sociaux.

(4)

En conclusion, avec l'ensemble de ces données, il paraît clair que les facteurs psychoaffectifs liés aux parents priment sur les facteurs socio-économiques.

3/ Les facteurs de risque liés à la famille

Certaines caractéristiques liées à la famille augmentent le risque de maltraitance infantile :

- Les antécédents de violences dans la fratrie :

Ils sont associés à un risque accru de violence infantile, comme le confirme un article de revue française parue en 2009 (47). En effet, lorsqu'un enfant est victime de mauvais traitement, il est primordial de rechercher l'existence de maltraitance dans la fratrie.

- Les antécédents de violence conjugale :

On accorde de plus en plus d'attention à la violence conjugale et à son lien avec la maltraitance infantile. Selon l'OMS (9), de nombreuses études réalisées dans le monde concluent toutes à un lien étroit entre ces 2 formes de violence.

En France, les antécédents de violence conjugale ne sont recensés par l'ODAS qu'à partir de 2006. Ils représentent 11% des cas d'enfants signalés. (3)

- La structure familiale :

Les familles monoparentales semblent plus à risque, comme le souligne une étude réalisée en Argentine où les enfants issus de ces familles seraient plus sujets aux mauvais traitements que ceux vivant dans une famille biparentale. (9) Ceci s'explique probablement par le manque de revenus, au poids de la responsabilité familiale et à un manque de soutien.

- Les conflits de couple, la séparation ou le divorce :

L'existence d'un conflit parental augmente le risque de maltraitance infantile, car il entraîne une rupture de l'équilibre familial. En France, selon le rapport de l'ODAS, les conflits parentaux sont le deuxième facteur de mauvais traitements le plus important (30% des enfants signalés en 2004, 22% en 2006). (3)

- L'isolement social :

Dans l'étude de l'INSERM (37), l'isolement social semble jouer un rôle majeur dans la survenue des infanticides en raison du manque de soutien familial.

E. LES CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

La maltraitance envers les enfants a des effets délétères sur leur santé physique et mentale à l'âge adulte. Ces conséquences sont coûteuses aussi bien pour l'enfant que pour la société. Ainsi, des études greffées sur des cohortes de naissances (au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et dans les pays scandinaves) ont permis de démontrer l'effet dévastateur à long terme de la maltraitance, statistiquement associée à la présence, à l'âge adulte d'un mauvais état de santé général, de troubles de la socialisation, de troubles psychologiques, d'addictions, de délinquance et de conduites autodestructrices. (9) Prenons l'exemple du syndrome du bébé secoué, les conséquences peuvent être somatiques et psychologiques, car certaines lésions peuvent être responsables de retard mentaux importants, de crises d'épilepsie ou de troubles visuels graves faisant suite à des hémorragies rétiniennes. L'ensemble de ces troubles peuvent entraver le déroulement de la scolarité et le processus de socialisation normale. (32)

Tableau 2 Résumé des résultats des études sur les conséquences de la maltraitance infantile.		
	Études prospectives	Études rétrospectives
Santé mentale		
Trouble du comportement dans l'enfance et l'adolescence	Fort	Fort
Dépression	Modéré	Fort
État de stress post-traumatique	Fort	Fort
Tentative de suicide	Modéré	Fort
Automutilation	Faible	Faible
Addiction à l'alcool	Modéré	Fort
Addiction aux drogues	Faible	Fort
Santé physique		
État de santé général	Manquant	Modéré
Obésité	Fort	Faible
Douleur chronique	Pas d'effet	Faible
Qualité de vie	Manquant	Manquant
Contact avec les services médicaux, coûts indirects	Manquant	Modéré
Comportement social		
Criminalité	Fort	Fort
Prostitution	Modéré	Fort
Grossesse à l'adolescence	Contradictoire	Fort
Éducation et emploi		
Niveau d'études plus faible	Modéré	Faible
Emploi de moins bonne qualité	Modéré	Manquant
D'après Gilbert et al., 2009 [4]. Un effet fort témoigne d'une association importante après ajustements sur les biais de confusions éventuels, reproduite dans plusieurs études. Des preuves modérées traduisent soit un effet faible, soit un effet fort réduit après ajustements. Un niveau faible traduit une association mise en évidence dans des études de moins bonne qualité méthodologique, ou non reproduit, ou qui disparaît après ajustements sur les facteurs confondants. Un effet contradictoire témoigne d'un effet dont le sens diffère selon les études. Un niveau de preuve manquante traduit l'absence d'études sur le sujet.		

Source : BENAROUS X et al, *Abus, maltraitance et négligence : Épidémiologies et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2014) (4) (2)*

1/ Le retentissement physique

D'après la revue de la littérature de BENAROUS X sur les conséquences de la maltraitance (4), on constate que la violence physique dans l'enfance est associée à un mauvais état de santé général à l'âge adulte ainsi qu'à certaines pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle et le diabète de type 2. Le lien entre maltraitance et obésité semble confirmé avec un Odds Ratio entre 1,3 et 9,8 selon les études. D'autres associations moins fortes ont été documentées comme les douleurs chroniques et les plaintes fonctionnelles digestives.

De même, dans l'ouvrage *Les enfants violés et violents Le scandale ignoré* de LOPEZ G (10), les jeunes filles victimes de violences sexuelles semblent trois fois plus à risque de maladies chroniques. Les risques de présenter des troubles ou maladies sont significativement plus élevés chez les sujets qui ont subi au moins quatre actes de maltraitance. Ainsi le risque de diabète est multiplié par 1,6 ; celui de cancer par 1,9 ; celui de coronaropathie par 2,2 ; celui de bronchopathie obstructive chronique par 3.9...

2/ Le retentissement psychologique

D'innombrables études font le lien entre la maltraitance dans l'enfance et les divers troubles psychiatriques. En effet, une étude longitudinale américaine publiée en 1996 (48) conclut que 80% des enfants maltraités présentent des manifestations psychiatriques à l'âge de 21 ans à type de troubles anxiodépressif, de problèmes émotionnels ou de tentatives de suicide. De même, ces sévices peuvent être à l'origine de troubles affectifs sévères et d'un retard dans le développement des grandes fonctions intellectuelles, psychomotrices et du langage, entraînant un retard scolaire, un retard du langage, un quotient intellectuel limite, une conduite d'échec. Ce qui est confirmé par une étude française basée sur l'insertion générale et la qualité de vie des enfants placés. (49)

D'après la revue de la littérature de BENAROUS X (4), les troubles du comportement sont fréquents. Aussi la prévalence du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est plus importante chez les enfants maltraités. Ils sont également plus à risque de mauvais traitements.

Par ailleurs, le risque de dépression est fortement augmenté dans les différents types de maltraitance : il est multiplié par 2. Près de 1/3 des enfants violentés répondent aux critères de la dépression à l'âge de 20 ans. La dépression s'accompagne parfois d'idées suicidaires. Le risque de tentative de suicide est multiplié par 2 et est d'autant plus important que les épisodes de maltraitance s'accumulent. Les suicides représenteraient près de la moitié des décès liés à la maltraitance. Les automutilations à type de scarifications sont plus fréquentes en cas d'abus sexuels.

De plus, les enfants victimes de mauvais traitements seraient également plus à risque de développer un état de stress post-traumatique. Cette symptomatologie peut perdurer à l'âge adulte, d'autant plus que le traumatisme survient précocement dans la vie, et peut évoluer vers un trouble anxieux. Selon une étude (50), la prévalence du syndrome de stress post-traumatique est de 26% chez les mineurs victimes d'agression physique ; elle passe à 56% en cas d'agression sexuelle associée.

Comme le souligne LOPEZ G dans son ouvrage (10), il existe un lien entre la maltraitance infantile et le développement de presque tous les troubles de la personnalité à l'âge adulte : la personnalité antisociale semble la plus associée aux abus physiques.

Enfin, différentes études (4) ont montré que le risque de développer des addictions à l'âge adulte est multiplié par 1.7.

3/ Le risque de troubles des conduites

Bien que la majorité des enfants maltraités ne devienne pas des délinquants, de nombreux travaux confirment les liens qu'entretiennent maltraitance et criminalité, ceux-ci étant favorisés par les troubles de la personnalité et les addictions, eux-mêmes consécutifs aux mauvais traitements.

En effet, on sait depuis longtemps que les troubles de la personnalité sont des facteurs prédictifs de passage à l'acte violent et de conduites délinquantes. On constate un plus grand nombre d'arrestations chez les enfants violentés. (4)

Par ailleurs, on observe que les troubles du comportement sexuel sont plus fréquents chez les enfants victimes d'abus sexuel et physique : activité sexuelle plus précoce, grossesses pendant l'adolescence, un taux d'avortement supérieur, un risque plus élevé de maladies sexuellement transmissibles...

4/ Le retentissement social

On imagine sans peine que les conséquences de la maltraitance ont des répercussions sociales et représentent un coût important sur les dépenses de santé. Une étude prospective sur 30 ans (4) a montré que les enfants maltraités ont un niveau d'étude plus bas avec de moins bons résultats scolaires et, par la suite, de moins bons salaires.

F. LA PROTECTION DE L'ENFANT

1/ Le signalement

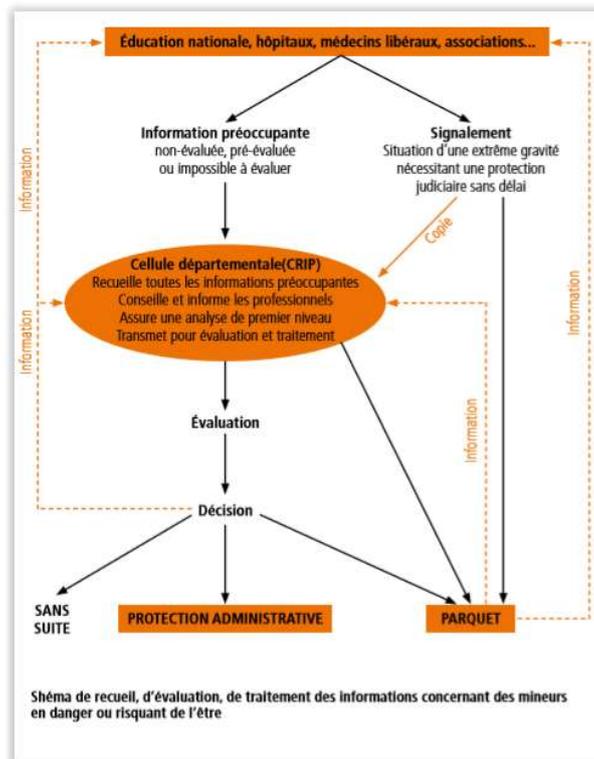
La nécessité de signaler toute suspicion de maltraitance infantile s'impose à tout adulte et notamment aux professionnels de santé travaillant auprès des enfants. Pourtant, la revue de la littérature de X BENAROUS confirme l'existence d'une sous-déclaration des situations de maltraitance. En France, le taux de signalement varie entre 2,7 et 11,8 pour 1 000 enfants selon l'Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) avec une grande variabilité entre les départements et les organismes de recueils. De même, une étude américaine montre que le signalement est rarement réalisé par le personnel médical (8%). (51)

En effet, la position du personnel médical, y compris du médecin généraliste, est délicate sur le plan légal et réglementaire, car il a, à la fois, une obligation de signaler les mauvais traitements mais également une obligation de ne pas violer le secret professionnel. Selon les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale, le médecin est dans l'obligation de protéger tout enfant en danger en alertant les autorités compétentes quelles soient judiciaires ou administratives. Par ailleurs, l'article 226-14 du

code pénal, qui concerne les dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance, délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République. Enfin l'article 223-6 du code pénal rappelle que tout individu risque des poursuites pour non-assistance à personne en danger. (52)

Le signalement est l'acte pour lequel un professionnel dénonce une situation de mineur en danger à une autorité qu'il estime compétente. C'est un « *écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire* ». (53) Il s'agit de porter à la connaissance de l'autorité judiciaire un certain nombre d'informations relatives à un mineur, laissant présumer l'existence d'une situation de nature à compromettre sa sécurité physique ou mentale. Ce signalement apparaît nécessaire lorsque le projet d'un médecin ne lui permet pas à lui seul de faire procéder aux aménagements nécessaires à la sécurité de l'enfant.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a profondément modifié les modalités de signalement de maltraitance infantile. Elle a permis d'améliorer l'articulation entre l'intervention administrative et l'intervention judiciaire en créant la Cellule départementale de Recueil et d'évaluation de l'Information Préoccupante (CRIP). (54)



Source : Ministère la Santé. Guide juridique pour les professionnels de l'enfance : agir contre la maltraitance. 2014 (55)

Depuis cette loi, le médecin peut utiliser 2 sortes d'outils pour signaler une situation à risque : (56)

- le signalement judiciaire :

En cas de danger avéré nécessitant des mesures urgentes, le médecin doit faire appel au Procureur de la République dont la permanence est assurée 24h sur 24. Si dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou fax, il est confirmé par un document écrit, daté et signé avec accusé de réception en gardant une copie.

Afin d'aider le médecin à rédiger le certificat de signalement, il existe des modèles élaborés en concertation entre le ministère de la justice, le ministère de la santé, et le conseil de l'ordre des médecins. La rédaction de ce certificat réclame une grande prudence, car il est susceptible d'être produit en justice. De ce fait, il doit être purement descriptif et le médecin doit prendre garde à ne pas prendre parti dans des conflits familiaux autour de l'enfant maltraité. Sur ce document, le praticien ne rapporte que ce qui lui est rapporté, sans interprétation personnelle, entre guillemets et au conditionnel. Il y rédige son examen clinique et conclut en fixant l'Incapacité Totale Temporaire (ITT) qui déterminera les suites de la procédure pénale.

<p>SIGNALEMENT (veuillez écrire en lettres d'imprimerie)</p> <p>Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres): - date (jour de la semaine et chiffre du mois): - année: - heure:</p> <p>L'enfant: - nom: - prénom: - date de naissance (en toutes lettres): - sexe: - adresse: - nationalité:</p> <p>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 l'enfant): - la personne accompagnatrice nous a dit que: « »</p> <p>- l'enfant nous a dit que: « »</p> <p>Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice: (rayer la mention inutile) - Oui - Non</p> <p>Description du comportement de l'enfant pendant la consultation: « »</p> <p>Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine): « »</p> <p><i>Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.</i></p> <p>Signalement adressé au procureur de la République Fait à....., le</p> <p>Signature du médecin ayant examiné l'enfant:</p>	<p>Cachet du médecin:</p>
---	---------------------------

Certificat médical de signalement
 Source : La revue du Praticien vol 61 Mai 2011 (56)

Après réception du certificat, le procureur ouvre une enquête et décide seul de la suite à donner au signalement :

- enquête confiée à la police ou gendarmerie ;
- poursuite du ou des auteurs présumés de violences en ouvrant une information judiciaire avec saisie du juge d'instruction ;
- saisie du juge des enfants qui peut mettre en place des mesures d'action éducative en milieu ouvert ou décider du placement de l'enfant ;
- ne pas donner suite au signalement si les éléments ne lui paraissent pas suffisants.

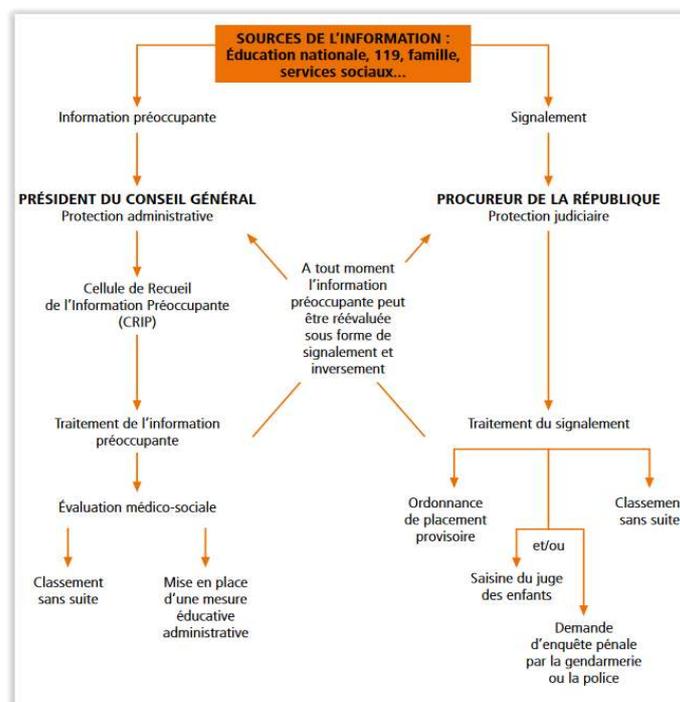
En cas de danger important, il faut hospitaliser l'enfant sans délai pour le soustraire à son agresseur et le mettre à l'abri. L'hospitalisation permet également de prendre le temps d'évaluer en détail une situation familiale et sociale complexe, mais aussi d'assurer les soins qui s'imposent à l'enfant en danger.

- le signalement administratif ou information préoccupante :

Si la situation ne paraît pas aussi urgente (carence éducative ou défaut de soins par exemple), le médecin ou tout individu qui soupçonne un fait de maltraitance infantile transmet une *information préoccupante* à la Cellule départementale de Recueil et d'évaluation de l'Information Préoccupante (CRIP), qui dépend du conseil général de chaque département. Cette structure a pour objectif de réunir toutes les informations permettant d'apprécier la situation dans sa globalité, de l'évaluer et de proposer des réponses de manière collégiale.

Ce type de démarche permet d'évaluer une situation et de prendre les mesures adéquates avec l'accord des parents :

- classement sans suite dans le cas où le danger n'est pas avéré ;
- protection administrative par les services de l'aide sociale à l'enfance telle que la mise en place d'un accompagnement, d'une aide éducative à domicile ;
- signalement judiciaire au procureur de la république lorsque les mesures d'aides administratives sont inefficaces ou en cas de refus d'intervention par la famille.



Récapitulatif de la prise en charge des autorités administrative et judiciaire

Source : Ministère la Santé. Guide juridique pour les professionnels de l'enfance : agir contre la maltraitance. 2014 (55)

2/ La prévention primaire

Dans son rapport sur la maltraitance infantile, l'OMS (5) encourage le développement et l'évaluation de programme de prévention de la maltraitance infantile. Mais dans la majorité des cas, l'intervention a généralement lieu une fois que la maltraitance infantile est constatée. Ainsi, les systèmes de protection de l'enfance se sont souvent développés au détriment de la prévention.

Malheureusement, selon la revue de la littérature de X BENAROUS (51), l'évaluation de la prévention primaire est difficile et conclut au manque d'efficacité de tels programmes. En effet, un programme de prévention efficace, c'est-à-dire qui réduirait l'incidence de la maltraitance infantile dans une population, devrait répondre aux critères suivants :

- une évaluation du programme à l'aide d'un modèle expérimental de recherche solide est disponible ;
- la preuve d'un effet préventif est significatif ;
- la preuve d'effets durables est démontrée ;
- la répétition du programme avec les effets préventifs est prouvée.

Or peu de programmes répondent à tous les critères.

Les stratégies de prévention visent les causes et les facteurs de risque de maltraitance infantile, tout en renforçant les facteurs de protection, de façon à prévenir de nouveaux cas. Selon le stade de développement de l'enfant et du niveau d'intervention, l'OMS a décrit plusieurs stratégies de prévention, comme le confirme le tableau de la page suivante.

Au niveau de la société, il s'agit de développer des réformes de promotion des droits de la personne en intégrant les droits des enfants au droit national, de promouvoir des politiques sociales et économiques en faveur de l'éducation des enfants, et de réduire les inégalités économiques.

Les stratégies relationnelles s'attaquent à la formation parentale par des programmes de visites à domicile pour aider les parents à mieux gérer le comportement de leur enfant et à améliorer leur compétence en matière d'éducation et de soins à l'enfant. Ainsi, les visites à domicile des familles à risque permettraient de prévenir la violence physique et la négligence. Par exemple, un programme de

visite à domicile américain a permis la diminution de 15% de la fréquence des abus physiques et des situations de négligences graves. Un deuxième programme de Nouvelle Zélande a permis de réduire de 8% la fréquence des hospitalisations pour blessures et négligences graves et de diviser par 3 le taux d'abus physique. (51)

Les stratégies de prévention individuelles ont pour objectif de réduire le nombre de grossesses non désirées, d'augmenter l'accès au service pré et postnataux d'une part, et d'apprendre aux enfants à reconnaître les situations de violence potentielle d'autre part.

Tableau 3.1 Stratégies de prévention de la maltraitance des enfants par stade de développement et niveau d'intervention

Niveau d'intervention	Stade de développement			
	Première enfance (<3ans)	Enfance (3-11ans)	Adolescence (12-17 ans)	Âge adulte (≥ 18 ans)
Sociétal et communautaire	<p>Mettre en place de réformes juridiques et des droits de la personne humaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la Convention relative aux droits des enfants aux lois nationales • Renforcer les systèmes policiers et judiciaires • Promouvoir les droits sociaux, économiques et culturels <p>Instaurer des politiques sociales et économiques favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'éducation et aux soins des jeunes enfants • Garantir l'éducation primaire et secondaire pour toutes et tous • Réduire le chômage et en atténuer les conséquences négatives • Investir dans de bons systèmes de protection sociale <p>Corriger les normes sociales et culturelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corriger les normes qui favorisent la violence envers les enfants et des adultes <p>Réduire les inégalités économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'attaquer à la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu et sexuelles <p>Réduire le facteur de risque environnemental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limiter l'accès à l'alcool • Contrôler les niveaux de plomb et éliminer les produits toxiques pour l'environnement 			
				<p>Refuges et centres d'aide aux femmes victimes de violence et à leurs enfants</p> <p>Apprendre aux professionnels des soins de santé à identifier et référer les adultes victimes de maltraitance dans leur enfance</p>
Relationnel	<p>Programmes de visites dans les foyers</p> <p>Formation parentale</p>	Formation parentale		
Individuel	<p>Réduire le nombre de grossesses non désirées</p> <p>Augmenter l'accès aux services prénataux et postnataux</p>	Apprendre aux enfants à reconnaître et à éviter les situations de violence potentielle		

Source : OMS Guide sur la prévention de la maltraitance des enfant 2006 (5)

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES CONNAISSANCES DE FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE EN MEDECINE GENERALE

A. OBJECTIFS

La maltraitance infantile est une situation complexe, souvent sous-estimée, car son dépistage requiert la plus grande prudence et vigilance. (1) En effet, plusieurs études réalisées dans des pays à haut niveau de revenus, publiées dans le journal *The Lancet* en 2009, ont estimé que 10% des enfants étaient probablement victimes de maltraitance dans ces pays. (2) Devant l'importance de ces chiffres, la maltraitance infantile nécessite impérativement une prise en charge urgente pluridisciplinaire en raison de ses conséquences psychiques et somatiques sur les enfants violentés. (4) C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la maltraitance infantile comme un problème de santé publique majeur et encourage le développement de programme de prévention. (5)

Pourtant, les stratégies de dépistage sont souvent réservées à la prévention secondaire, une fois que la maltraitance existe déjà. Or, il est primordial que son repérage intervienne le plus tôt possible afin de mettre en place des mesures préventives adéquates.

Le médecin généraliste devrait avoir une place de choix dans le repérage de ces situations, car il occupe une place centrale dans les relations familles / enfants. Malheureusement, même si beaucoup d'enfants en danger sont signalés, ce n'est que rarement le fait des médecins (8% des sources de signalement en 2006 aux USA). (6) Aussi, une thèse parisienne de médecine générale de 2013 montre que le manque de connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile de la part des jeunes internes de médecine générale perdure encore. (8)

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des facteurs de risques de maltraitance infantile par les médecins généralistes alsaciens sur la base d'un auto-questionnaire. L'objectif secondaire est d'apprécier, selon les sondés, l'intérêt de créer un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile dans l'optique de faciliter le repérage des enfants en danger ou à risque.

Le but ultime de ce travail, bien qu'il soit utopique, est de repérer un enfant à risque avant que les faits de violence se produisent. Pour ce faire, il est indispensable de mettre l'accent sur le renforcement des connaissances et de la formation des professionnels de santé en termes de facteurs de risque de maltraitance infantile.

B. MATERIEL ET METHODE

1/ L'étude

Ce travail est une étude épidémiologique, descriptive, quantitative, réalisée dans la région Alsace entre le 25 septembre et le 15 décembre 2017, portant sur la connaissance en médecine générale des facteurs de risque de maltraitance infantile. Cette étude a eu recours à un auto-questionnaire anonyme diffusé aux médecins généralistes libéraux par mail grâce à l'Interface de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace (URLM) suite à 3 sessions d'envoi (le 25 septembre 2017, le 9 novembre 2017 et le 4 décembre 2017).

Il a été décidé en accord avec ma directrice de thèse, Docteur Mélanie ROTH, de diffuser l'enquête par internet pour des raisons économiques et de gain de temps, car il est plus rapide et moins coûteux de contacter un grand nombre de médecins par mail que par téléphone ou par courrier. Par ailleurs, les sessions d'envoi ont été multipliées par 3 pour maximiser le nombre de réponses.

2/ La population cible

1120 médecins généralistes libéraux alsaciens ont été contactés par l'URLM au 15 décembre 2017 pour répondre au questionnaire de l'enquête. Or, l'Alsace comptait en 2016, selon le dernier recensement de *cartosanté* (57), 1864 médecins généralistes libéraux actifs. Ainsi, le questionnaire a été transmis à 65% des médecins généralistes libéraux d'Alsace.

3/ Le questionnaire

Le questionnaire tel qu'il a été soumis aux médecins généralistes, est présenté en annexe 1. Il est constitué de 2 parties :

- une première partie intitulée Renseignements généraux : qui comprend les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, secteur d'activité, modalité d'exercice) des médecins interrogés, l'existence d'une formation pédiatrique et l'estimation de leur patientèle pédiatrique.
- une deuxième partie intitulée Facteur de risque de maltraitance infantile : qui traite sur les facteurs de risque liés à l'enfant, aux parents et à la famille, ainsi que de l'intérêt à créer un outil de dépistage de la maltraitance infantile.

Les questions sont majoritairement fermées pour faciliter la simplicité de la saisie et de l'analyse des données. Elles ont l'avantage de stimuler la mémoire des individus et de raccourcir le temps de réalisation du questionnaire. Cependant, elles présentent l'inconvénient de limiter le choix des réponses. Afin de laisser la possibilité aux médecins de s'exprimer, quelques questions ouvertes ont été proposées.

4/ Le recueil des données

Sur les 1120 destinataires du mail comportant mon étude, le document a été ouvert :

- par 107 médecins lors du premier envoi de septembre 2017;
- par 109 médecins lors du deuxième envoi de novembre 2017;
- par 116 médecins lors du troisième envoi de décembre 2017.

Ces 3 envois successifs m'ont permis de récolter 95 réponses au total, ce qui correspond à 8,48% des médecins généralistes à qui le mail a été envoyé. Ce chiffre n'est certes pas significatif, mais il reflète, en général, le taux de réponses à ce type d'enquête par mail (en moyenne 5% selon l'URML) qui

engendre souvent peu de participation en raison de la trop grande sollicitation des médecins à ce genre de questionnaire.

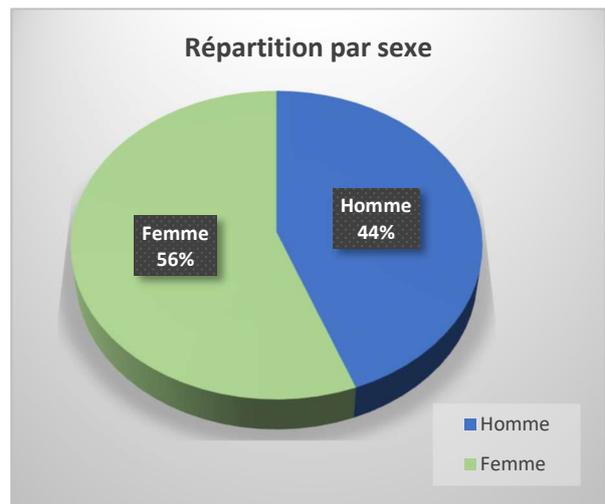
Si l'on considère uniquement le taux d'ouverture moyen du mail, (332 ouvertures soit 30% des sondés), le taux de participation avoisine les 29%.

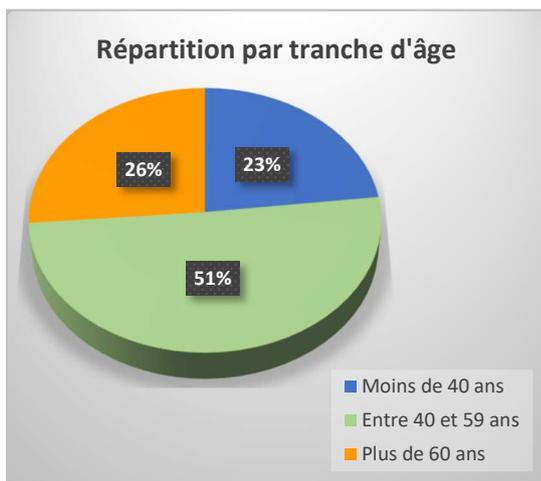
C. RESULTATS

L'ensemble des données chiffrées a été saisi et analysé sur EXCEL (annexe 2).

1/ Renseignements généraux

Sur les 95 médecins ayant répondu à l'enquête, on constate que les femmes sont légèrement majoritaires à 55,8% alors que les hommes ne représentent que 44,2% des participants. Cette prédominance des femmes pourrait être liée au fait que la profession médicale se féminise d'une part, et que les femmes soient plus attirées par le sujet de la maltraitance infantile en raison de leur instinct maternel, d'autre part.

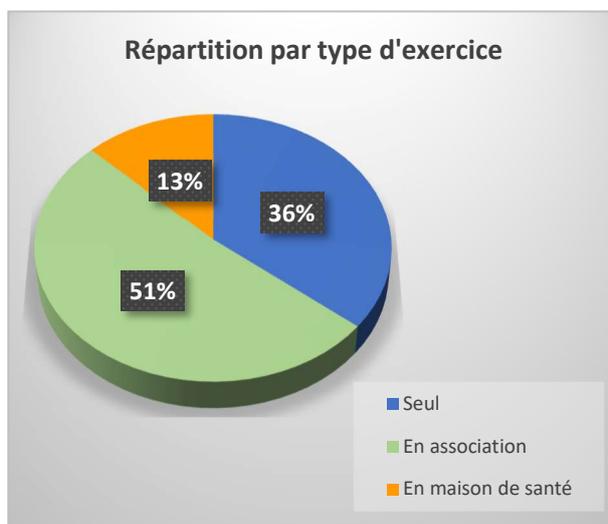
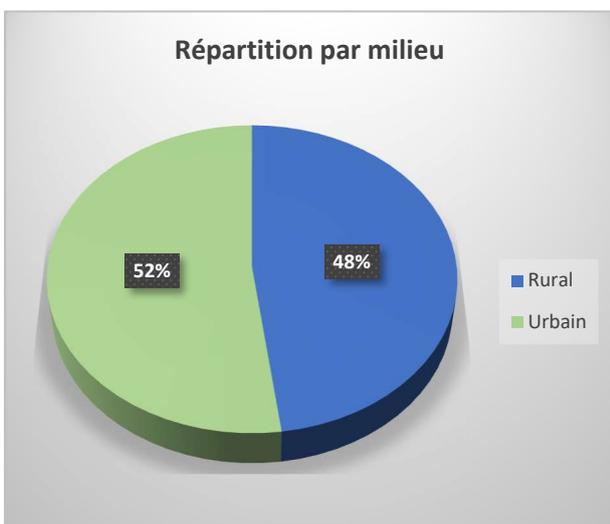




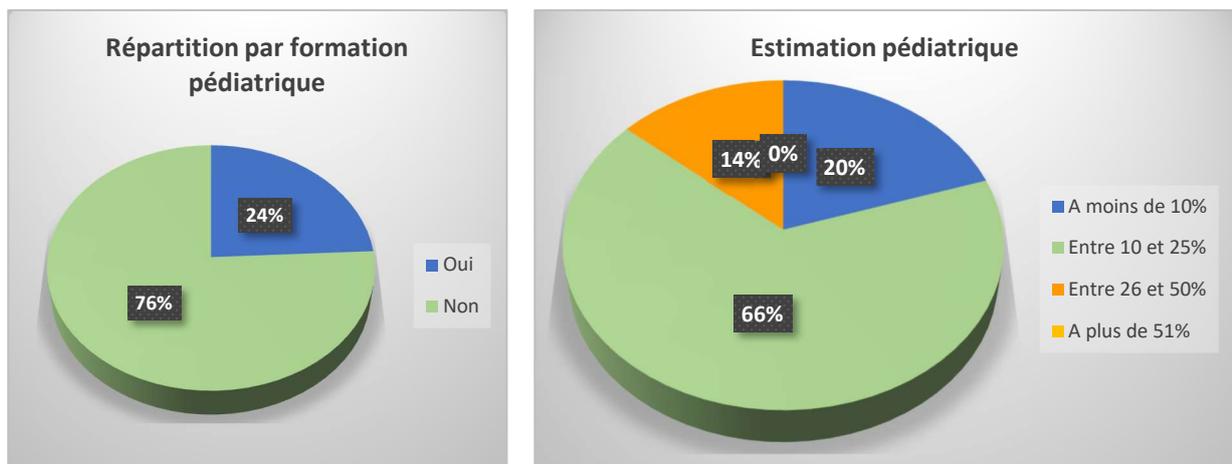
De même, les médecins généralistes entre 40 et 59 ans sont les plus nombreux avec un taux de participation à 50,5%, suivis à part quasi-égale des moins de 40 ans (26.3%) et des plus de 60 ans (23,2%). Ce qui va dans le sens des chiffres de la démographie médicale alsacienne de 2013, où l'âge moyen des médecins en activité libérale régulière en Alsace était de 51,4 ans. (58) La

faible participation des moins de 40 ans conforte le fait que les jeunes médecins généralistes libéraux se font plus rares et tardent à s'installer.

Pour ce qui est du secteur d'activité, les médecins généralistes sondés travaillent aussi bien en milieu urbain (52%) qu'en milieu rural (48%). Ils exercent principalement en association (49 médecins soit 51.6%).



Les médecins interrogés ont rarement une formation pédiatrique, seuls 23 personnes soit 24% des sondés ont suivis une formation pédiatrique dans leur cursus. La majorité des praticiens (66%) estiment leur population pédiatrique entre 10% et 25% de leur patientèle.



2/ Les facteurs de risque de maltraitance infantile

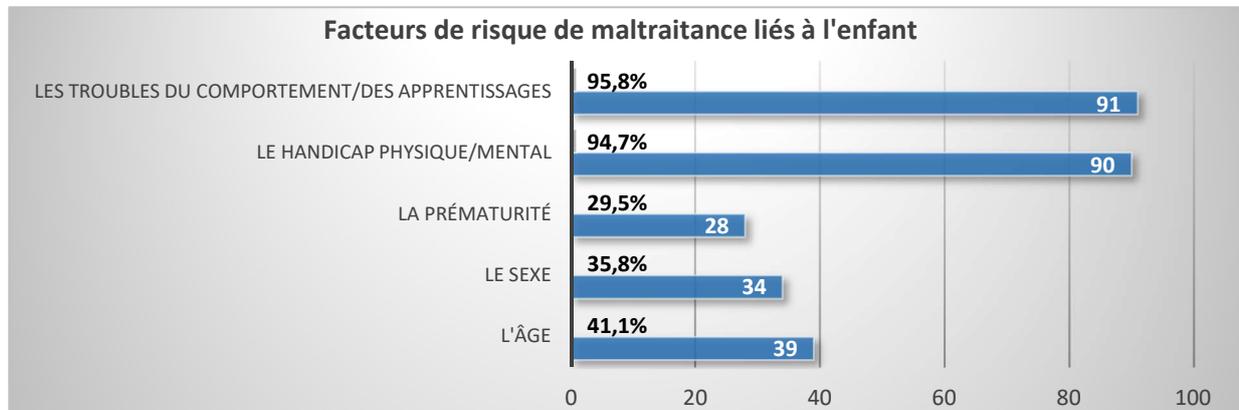
Dans le questionnaire, les facteurs de risque choisis sont ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans la littérature de la maltraitance infantile. Ils ont été catégorisés en 3 types, comme le souligne la thèse de 2016 de S REYBEROTTE.(36) :

- les facteurs de risque liés à l'enfant ;
- les facteurs de risque liés aux parents ;
- les facteurs de risque liés à la famille.

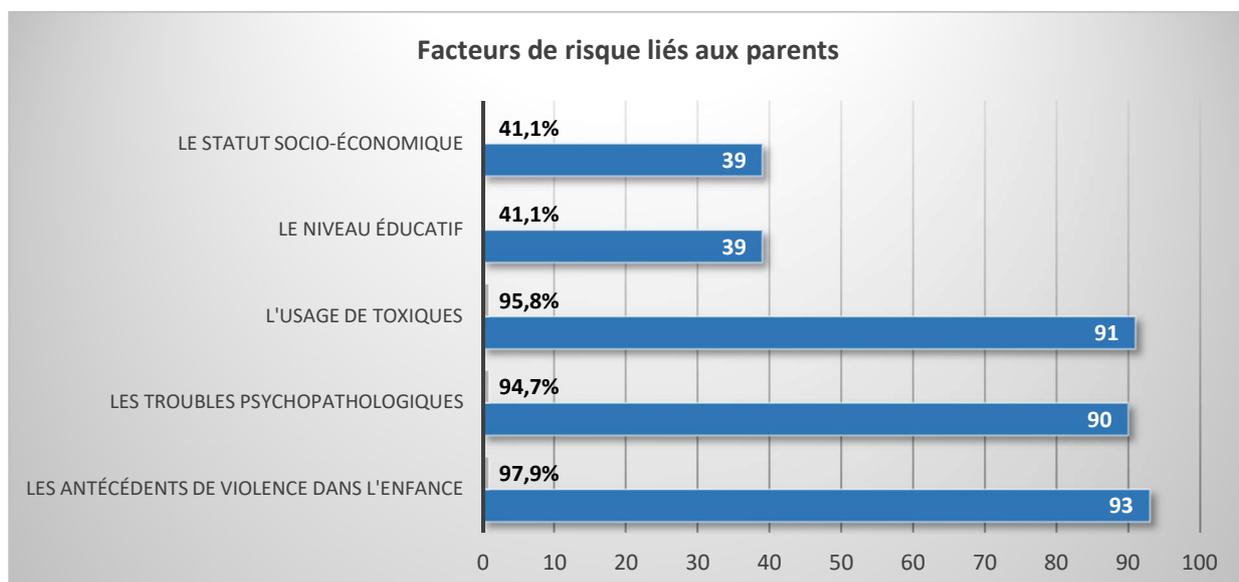
En interrogeant les médecins généralistes libéraux alsaciens, on constate que les troubles du comportement et des apprentissages ainsi que tout type d'handicap physique ou mental sont largement reconnus comme des facteurs de risque de maltraitance infantile liés à l'enfant. En effet, 91 médecins déclarent que les troubles du comportement et des apprentissages sont des facteurs de risque de mauvais traitements, ce qui représente 95,8% des sondés. De même, pour le handicap physique ou mental qui est reconnu à 94,8% comme un facteur de risque par les praticiens interrogés.

La reconnaissance des autres facteurs de risque liés à l'enfant est beaucoup plus nuancée par les médecins généralistes. Ainsi, la prématurité est très rarement considérée comme un facteur de risque (28 médecins soit 29,5 %), ce qui va dans le sens d'une thèse parisienne de 2013 (8) où la prématurité

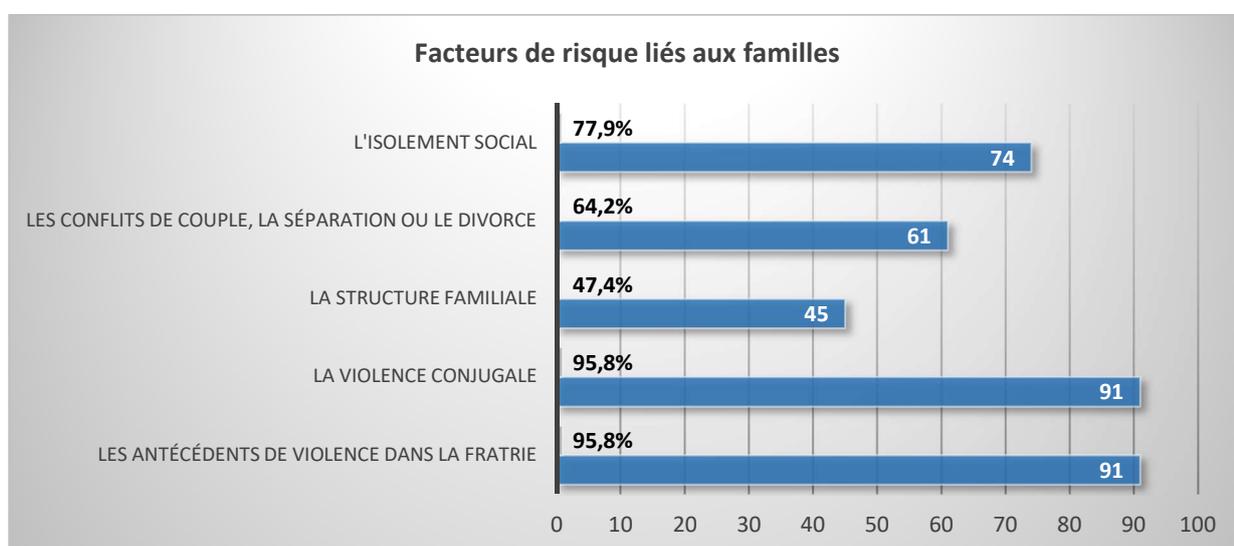
était déjà rarement citée par les médecins comme un facteur de risque de maltraitance infantile (seulement 3% des sondés). Par ailleurs, dans notre étude, le sexe est évoqué par 34 médecins (35,8%) et l'âge par 39 médecins (41,1%).



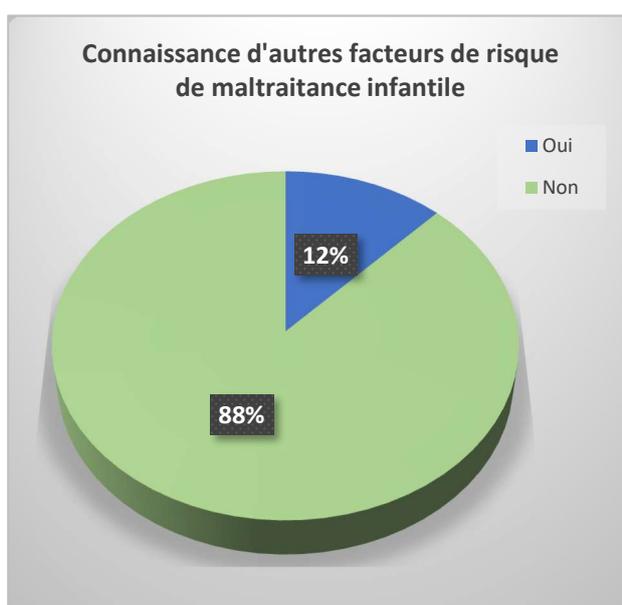
Pour ce qui est des facteurs de risque liés aux parents, les médecins généralistes alsaciens reconnaissent largement les antécédents de violence dans l'enfance (93 praticiens soit 97,9%), les usages de toxiques (91 praticiens soit 95,8%) et les troubles psychopathologiques (90 praticiens soit 94,7%). Cependant, moins de la moitié des personnes interrogées (41%) considère que le niveau éducatif et le statut socio-économique sont des facteurs de risque de maltraitance infantile liés aux parents. Or, de nombreuses études (le rapport 2007 de l'ODAS (3), le rapport mondial de l'OMS (9)) ont prouvé l'existence d'un lien étroit entre le niveau éducatif, le statut socio-économique et les mauvais traitements à enfants.



Quant aux facteurs de risque de maltraitance infantile liés à la famille, les praticiens interrogés reconnaissent majoritairement à 95,8% les antécédents de violence conjugale et les antécédents de violence dans la fratrie. Ils citent un peu moins l'isolement social (77,9% des sondés) et les conjugopathies (64,2% des sondés) comme facteurs de risque. Enfin, moins de la moitié des généralistes questionnés (47%) concède que la structure familiale est un facteur de risque de violence infantile. Or, des études, ont affirmé que les familles monoparentales sont plus à risque de mauvais traitement par manque de soutien familial. (9)

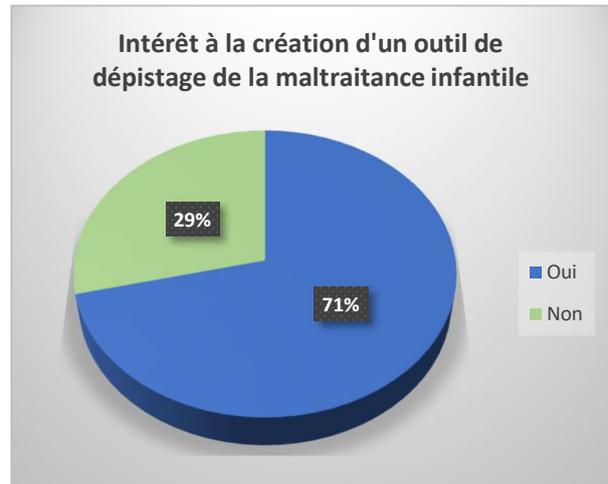


La majorité des médecins interrogés (88%) n'évoquent pas d'autres facteurs de risque de maltraitance infantile. Toutefois, deux praticiens mentionnent le fait d'être orphelin comme facteur de risque supplémentaire lié à l'enfant. Les autres éléments signalés par les professionnels de santé ne sont que des paraphrases et rentrent dans les différentes



catégories de facteurs de risque déjà citées dans l'étude.

Près des $\frac{3}{4}$ des généralistes sondés (67 médecins soit 71%) souhaiteraient la création d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile. Les raisons évoquées sont multiples et variées (annexe 2). 65 praticiens soit 68% des individus interrogés ont répondu à la question sur les causes de l'intérêt d'un outil de dépistage standardisé. En effet, la



plupart des médecins interrogés semble conscient de la difficulté du dépistage de la maltraitance infantile et de sa sous-estimation :

- 3 d'entre eux soulignent le peu de dépistage dans la pratique courante de la médecine ;
- 5 évoquent la sous-estimation de la maltraitance infantile, un praticien parle même de « maltraitance cachée » ;
- 10 généralistes confirment la difficulté du diagnostic.

26 personnes interrogées souhaiteraient la création d'un outil de dépistage systématisé pour améliorer et faciliter le repérage précoce des enfants maltraités par une recherche plus systématique. 3 médecins généralistes invoquent le gain de temps que ce type d'outil permettrait.

Par ailleurs, un tel outil rendrait les praticiens plus conscients et attentifs aux mauvais traitements, selon 5 médecins interrogés. Ainsi, ils y penseraient plus souvent devant des situations délicates. 4 d'entre eux parlent de « ne pas méconnaître des situations à risque ».

2 médecins interrogés voient la création d'un outil de dépistage comme une aide dans la mesure où ils avouent leur manque de connaissances et de formation sur le sujet.

Toutefois, 4 médecins concèdent que la standardisation d'un tel outil semble compliquée car les signes d'alerte de violences à enfants sont très hétérogènes.

Synthèse des réponses	Nb. de réponses
Peu de dépistage de maltraitance infantile	3
Sous-estimation de la maltraitance infantile	5
Diagnostic de maltraitance infantile difficile	10
Aide / support au repérage pour améliorer le dépistage précoce – Recherche plus systématique	26
Gain de temps- rapidité du dépistage	3
Y penser plus souvent	5
Ne pas méconnaître des faits	4
Sécurisation du diagnostic pour ne pas tomber dans l'excès d'une sur estimation	3
Manque de connaissance et de formation	2
Standardisation difficile car les signes sont hétérogènes	4
TOTAL	65

Intérêt d'un outil de dépistage de la maltraitance infantile selon les médecins interrogés

D. DISCUSSION

Le faible nombre de réponses au questionnaire induit forcément un biais de résultats et les rend peu significatifs. En effet, sur les 1120 destinataires du mail comportant mon étude, les 3 envois successifs n'ont permis de récolter que 95 réponses au total, ce qui correspond à 8,48% des médecins généralistes à qui le mail a été envoyé. Ce chiffre n'est certes pas significatif, mais il reflète, en général, le taux de réponses à ce type d'enquête par mail (en moyenne 5% selon l'URML), qui engendre souvent peu de participation en raison de la trop grande sollicitation des médecins à ce genre de questionnaire. Si l'on considère uniquement le taux d'ouverture moyen du mail, (332 ouvertures soit 30% des sondés), le taux de participation avoisine les 29%. On peut donc supposer de ce faible taux de réponses que la maltraitance infantile reste un sujet problématique et que ces facteurs de risque sont mal connus des médecins généralistes.

On peut aussi préjuger que les praticiens alsaciens ayant répondu à l'enquête ont une plus grande connaissance du sujet que ceux n'y ayant pas répondu, dans la mesure où le thème de la maltraitance infantile les intéresse et les ont poussés à participer au questionnaire. Peut-être, ont-ils même déjà été confrontés à une situation de mauvais traitement ? Cette meilleure connaissance du sujet donne lieu à un biais de sélection, car les médecins généralistes interrogés ne sont pas forcément représentatifs de la population médicale générale.

Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans le repérage des situations à risque de violence infantile, c'est pourquoi il doit pouvoir les identifier rapidement afin de mettre en place les mesures préventives adéquates. Cette enquête a permis de démontrer que les connaissances des médecins traitants alsaciens en termes des facteurs de risque de maltraitance infantile sont nuancées et variables. Le questionnaire soumis aux praticiens ne comprenait, pourtant, que des facteurs de risque validés par de nombreuses études ou revues de la littérature (36) et ne cherchait pas à les piéger en ajoutant des facteurs de risque non reconnus. Il est important de souligner, quand même, que la majorité des facteurs de risques de l'étude sont largement évoqués par les médecins sondés à plus de 90% : les troubles du comportement et des apprentissages (95%), le handicap physique ou mental (94%), l'usage de toxiques chez les parents (95%), les troubles psychopathologiques des parents (94%), les antécédents de violence chez l'un des parents (97%), la violence conjugale (95%), et les antécédents de violence dans la fratrie (95%). Deux autres facteurs sont légèrement moins cités par les praticiens, à savoir l'isolement social (77%) et les conjugopathies (64%).

Or, force est de constater que certains facteurs de risque de mauvais traitement sont rarement cités par les professionnels de santé, tel que la prématurité (reconnue à seulement 29%) qui est la moins connue. A celle-ci s'ajoute le sexe (reconnu à 35%), l'âge (reconnu à 41%), le statut socioéconomique (reconnu à 41%), le niveau éducatif (reconnu à 41%) et la structure familiale (reconnue à 47%). Ces derniers sont évoqués par moins de la moitié des généralistes alsaciens dans cette étude. La thèse parisienne de 2013 de C GRECO (8) va dans le sens de notre enquête concernant la prématurité dans la mesure où elle est citée par 3% des médecins généralistes questionnés. Toutefois, dans cette thèse 70 à 80% des participants admettent que la maltraitance est associée au niveau socioéconomique, contre seulement 41% des répondants dans notre travail. Par ailleurs, une autre thèse de 2012 de M STEENHOUWER-JEU (59), montre aussi, par une analyse qualitative, que les facteurs de risque de maltraitance infantile sont mal identifiés par les médecins généralistes malgré des études internationales de plus en plus nombreuses à ce sujet. Dans ce travail, la prématurité est, encore une fois, non identifiée comme facteur de risque de mauvais traitement pour 86% des médecins qui pensent au contraire que « l'enfant

prématuré est plus à même d'être protégé voire surprotégé et qu'il n'est pas envisageable qu'il soit maltraité ».

Ce manque de connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile par les médecins participe à la sous-estimation des mauvais traitements et à leur faible taux de signalement. Une étude américaine de 2006 indique que les médecins sont responsables de seulement 8% des signalements. (6) Outre, la méconnaissance des facteurs de risque, ce faible taux de signalement peut également être lié à un manque de formation sur le déroulement et la mise en œuvre des mesures de protection. Selon C GRECO(60), la non reconnaissance des cas de maltraitements est directement liée à un manque de formation et de connaissance des médecins, ce qui entraîne des lacunes dans le repérage mais aussi dans le signalement. Ainsi, il semble qu'à l'heure actuelle, les formations sur le sujet soient peu présentes dans le cursus médical (il se résume à 1h pendant l'externat), alors qu'elles pourraient aider le professionnel de santé à prendre plus conscience de la complexité de la prise en charge d'une suspicion de maltraitance. Dans la thèse de 2012 de M STEENHOUWER-JEU (59), 77% des praticiens non formés souhaiteraient bénéficier d'une formation dispensée de façon pluridisciplinaire « basée sur des cas pratiques, brève et réitérée en cas de modification des lois ou des prises en charge ». De même, il est ressorti de la thèse de EL HANAOUI-ATIF H (7) que seul 13% des généralistes déclaraient avoir reçu un enseignement de bonne qualité sur les maltraitements et le signalement lors de leur formation initiale et 38% des praticiens lors des formations continues. A la question de savoir si les informations obtenues étaient adaptées à la pratique de la médecine générale, 64% des médecins les jugeaient mauvaises ou aucunement adaptées. Enfin, 57% d'entre eux pensaient même avoir des mauvaises connaissances des signes permettant de suspecter une maltraitance.

Outre le manque de connaissances des professionnels de santé, Mme C GRECO (60) souligne également que la sous-estimation des mauvais traitements serait liée à une aversion des médecins de voir ces violences et à de nombreuses barrières psychologiques qui font que les praticiens hésitent à signaler (craintes de répercussions sur le plan pénal, personnel, perte de clientèle, peur de nuire à la famille...)

Enfin, dernier frein majeur à la reconnaissance de la maltraitance est celui du dogme d'une « famille naturellement bonne » et qui conduit à tenter de maintenir les liens à tout prix entre l'enfant et sa famille, même lorsque ceux-ci sont devenus délétères pour l'enfant.

Pour pallier à ce manque de connaissances et de formation, outre le fait de développer l'enseignement de la maltraitance infantile dans le cursus médical, se pose la question de créer un outil de dépistage standardisé rappelant les facteurs de risque et les signes d'alerte pour optimiser le repérage précoce. 71% médecins interrogés dans notre étude y seraient favorables principalement pour améliorer le dépistage des situations à risque. Toutefois la mise en œuvre d'un tel outil est complexe et nécessiterait la réalisation d'une étude de faisabilité pour évaluer sa pertinence.

Ainsi, pour ne pas méconnaître un enfant en danger, le médecin généraliste doit s'intéresser à l'enfant en tant que tel, à ses parents et à l'environnement familial et social. Aucune situation prise isolément n'est à elle seule un facteur de risque de maltraitance infantile. Elle résulte le plus souvent de la combinaison de plusieurs facteurs. Il est donc indispensable de connaître l'ensemble de ces facteurs pour améliorer la pratique professionnelle afin de mettre en place les mesures préventives nécessaires et d'assurer l'intégrité de l'enfant.

CONCLUSION

La maltraitance infantile constitue un grave phénomène de société et un problème majeur de santé publique aux effroyables conséquences à long terme. Si l'on en croit les chiffres, 10% des enfants dans les pays à haut revenus seraient victimes de maltraitance.(2) Pourtant elle reste mal connue et sous-estimée, notamment en raison d'un manque de formation et de connaissances.

Cette enquête sur les connaissances des facteurs de risque de maltraitance infantile, réalisée auprès des médecins généralistes d'Alsace, montre que leur savoir est contrasté. Or, ces derniers occupent une place de choix dans le dépistage des enfants en danger. Ainsi, l'identification des facteurs de risque de mauvais traitement au sein de la famille peut améliorer le repérage de ces enfants. Après analyse des 95 questionnaires, il apparaît que la plupart des facteurs de risque de maltraitance infantile sont bien identifiés par les praticiens, à l'exception de la prématurité qui est peu connue des médecins. A celle-ci s'ajoute le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, le niveau éducatif et la structure familiale, qui sont reconnus par moins de la moitié des généralistes alsaciens dans cette étude. Il s'avère donc primordial de renforcer la formation des médecins tout au long de leur carrière pour pallier à leur manque de connaissance sur le sujet.

Cette étude a également montré que la plupart des médecins interrogés seraient favorables à la création d'un outil de dépistage standardisé rappelant les différents facteurs de risque pour les rendre plus attentifs aux situations douteuses et améliorer le repérage précoce. Toutefois, la mise en œuvre d'un tel outil semble complexe et nécessiterait la réalisation d'une étude de faisabilité.



ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX MEDECINS

CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE EN MEDECINE GENERALE

Cette étude anonyme est réalisée dans le cadre d'une thèse de Doctorat de Médecine Générale. Ce questionnaire ne vous prendra que 3 min.

SUIVANT

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE EN MEDECINE GENERALE

Renseignements généraux :

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Vous avez :

- moins de 40 ans
- entre 40 et 59 ans
- plus de 60 ans

Vous exercez en milieu :

- rural
- urbain

Vous exercez :

- seul
- en association
- en maison de santé

Avez-vous suivi une formation pédiatrique (DU ou autre) ?

- oui
- non

Vous estimez votre patientèle pédiatrique :

- à moins de 10%
- entre 10 et 25%
- entre 26 et 50%
- à plus de 51%

RETOUR

SUVANT

Il n'envoie jamais de mots de passe via Google Forms.

CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE EN MEDECINE GENERALE

Les facteurs de risque de maltraitance infantile :

Une revue de la littérature (thèse alsacienne de 2016) a permis de distinguer 3 types de facteurs de risque :

Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque de maltraitance liés à l'enfant ?

- l'âge
- le sexe
- la prématurité
- le handicap physique/mental
- les troubles du comportement/des apprentissages

Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque liés aux parents ?

- les antécédents de violence dans l'enfance
- les troubles psychopathologiques
- l'usage de toxiques
- le niveau éducatif
- le statut socio-économique

Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque liés à la famille ?

- les antécédents de violence dans la fratrie
- la violence conjugale
- la structure familiale (mono-parentale, recomposée ou nombreuse)
- les conflits de couple, la séparation ou le divorce
- l'isolement social

Voyez-vous d'autres facteurs de risques à évoquer ?

- oui
- non

Si oui, lesquels ?

Votre réponse

Y aurait-il un intérêt selon vous à créer un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile ?

- oui
- non

Si oui, pourquoi ?

Votre réponse

RETOUR

ENVOYER

ANNEXE 2 : RESULTATS

	TOTAL			
	Nb	%	IC95%	
Nombre d'envoi	1120			
Nb. total de médecins ayant ouvert les questionnaire/Nb. d'envois	332	29,64%		
Nb. de réponses/Nb. d'envoi	95	8,48%		
Nb. de réponses/Nb. d'ouvertures	95	28,61%		
RENSEIGNEMENTS GENERAUX				
Vous êtes :				
Homme	42	44,2%	34,0%	54,5%
Femme	53	55,8%	45,5%	66,0%
Vous avez :				
Moins de 40 ans	22	23,2%	14,7%	31,6%
Entre 40 et 59 ans	48	50,5%	40,5%	60,6%
Plus de 60 ans	25	26,3%	17,5%	35,2%
Vous exercez en milieu :				
Rural	45	47,4%	37,4%	57,3%
Urbain	49	51,6%	41,6%	61,5%
Vous exercez :				
Seul	34	35,8%	26,1%	45,4%
En association	49	51,6%	41,5%	61,6%
En maison de santé	12	12,6%	6,0%	19,3%
Avez-vous suivi une formation pédiatrique (DU ou autre) ?				
Oui	23	24,2%	15,6%	32,8%
Non	72	75,8%	67,2%	84,4%
Vous estimez votre patientèle pédiatrique :				
A moins de 10%	19	20,0%	5,0%	35,0%
Entre 10 et 25%	63	66,3%	41,3%	91,3%
Entre 26 et 50%	13	13,7%	1,1%	26,2%
A plus de 51%	0	0,0%	0,0%	0,0%
LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE				
Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque de maltraitance liés à l'enfant ?				
L'âge	39	41,1%	20,4%	61,7%
Le sexe	34	35,8%	16,4%	55,2%
La prématurité	28	29,5%	11,6%	47,3%
Le handicap physique/mental	90	94,7%	66,9%	122,6%
Les troubles du comportement/des apprentissages	91	95,8%	67,9%	123,7%
Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque liés aux parents ?				
Les antécédents de violence dans l'enfance	93	97,9%	65,0%	130,7%
Les troubles psychopathologiques	90	94,7%	62,2%	127,2%
L'usage de toxiques	91	95,8%	63,2%	128,4%
Le niveau éducatif	39	41,1%	17,7%	64,4%

	TOTAL			
	Nb	%	IC95%	
Le statut socio-économique	39	41,1%	17,7%	64,4%
Considérez-vous que ... (réponses multiples possibles) sont des facteurs de risque liés à la famille ?				
Les antécédents de violence dans la fratrie	91	95,8%	62,5%	129,0%
La violence conjugale	91	95,8%	62,5%	129,0%
La structure familiale	45	47,4%	22,1%	72,7%
Les conflits de couple, la séparation ou le divorce	61	64,2%	35,5%	92,9%
L'isolement social	74	77,9%	47,0%	108,8%
Voyez-vous d'autres facteurs de risques à évoquer ?				
Oui	12	12,6%	5,8%	19,5%
Non	87	91,6%	84,7%	98,4%
Y aurait-il un intérêt selon vous à créer un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile ?				
Oui	67	70,5%	61,5%	79,5%
Non	27	28,4%	19,4%	37,4%

Voyez-vous d'autres facteurs de risques à évoquer ?

Si oui, lesquels ?

peut être le fait d'être un enfant orphelin , adopté ou placé.
position dans la fratrie
des facteurs ethnoculturels
Les troubles du caractère.....
Ne sait pas
Appartenance à une mouvance sectaire
les dérives addictives
Chômage et l'âge des parents
violence sexuelle et inceste transgénérationnelles
Le fait d'être un enfant adopté
maladie psychiatrique d'un parent (schizophrénie), dépression du post partum
antécédent de violence personnelle,
La situation économique

Y aurait-il un intérêt selon vous à créer un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile ?

Si oui, pourquoi ?

nous dépistons peu
probablement plus fréquent que ce qu'on pense

pour la réduire au niveau individuel (éviter une escalade des violences et sa normativité), pour une intervention précoce des professionnels de santé et médicoéducatifs, pour la prévenir au niveau de la fratrie et des comportements ultérieurs de l'enfant maltraité devenu adulte(travail sur la relation parent-enfant, liens affectifs, sur les rapports de domination...) Pour identifier les carences éducatives de certains parents et les accompagner.
rien ne peut être standardisé du fait que l'enfant plus il est petit présente des signes autres et a du mal à expliquer
pour la dépister !
jamais évoqué comme motif de consultation
pour plus de précision dans le repérage et la prise de décision.
difficultés à aborder le problème
pour introduire un protocole systématique d'évaluation des risques, à utiliser notamment en PMI
Il n'est jamais bénéfique de standardiser
car j'ignore comment le dépister
gain de temps
pour une aide dans notre pratique quotidienne : diagnostic à envisager peut être plus vite ou plus souvent ???
Il y a souvent un grand intérêt à avoir un outil de cotation reproductible afin de sécuriser le dépistage de paramètres.
Pour harmoniser le dépistage .
Pour y penser plus systématiquement
repérage très difficile et subjectif
C'est difficile de la diagnostiquer Probablement qu'on n'y pense pas assez.
pour y penser
Augmenter le taux de dépistage et sa précocité
améliorer le dépistage
Nous en loupons trop
Pour permettre un dépistage systématique
pour que des non médecins, les travailleurs sociaux et enseignants notamment qui sont peut être les plus au contact des enfants à risque, aient des outils pour donner l'alerte, sans tomber dans l'excès non plus (j'ai des expériences d'erreur des services sociaux dénonçant à tort des personnes qui au contraire protégeaient l'enfant).
Pour y penser !
manque de formation cas multiples non décelés par le corps médical
Meilleur dépistage, prise de conscience
pour avoir une base de comparaison
pour améliorer le dépistage
oui mais difficile a mettre en œuvre directement mais surtout apprendre le s signes indirects pathognomoniques de violence
peu de dépistage dans ma pratique
Sous-diagnostic manifeste dans ma pratique. Un questionnaire standardisé permettrait d'automatiser le dépistage au cours de la consultation, à condition qu'il soit non culpabilisant pour les parents.
difficulté d'évaluation
Pour repérer les enfants maltraités qui souvent ne disent rien
tenter d'améliorer la détection de la maltraitance

DEPISTAGE PLUS SYSTEMATIQUE EN FONCTION DES DOUTES
pour repérer plus précocement et agir plus vite
pour aider à "aiguillonner"
À intégrer dans les bilans de suivi pour entraîner une attention particulière en cas de facteurs de risque cumulés.
créer une série de questions validées qui permettent de dépister en consultation (équivalent TSTS CAFARD ou BITS pour les ados)
difficultés à dépister la maltraitance infantile
Dépistage extrêmement difficile . Il serait utile d'avoir une aide à la recherche des signes indirects de la maltraitance
intéressant pour les détecter le plus précocement possible si nous les soupçonnons. Cependant, dans l'hypothèse que cet outil existe, se méfier des certitudes par excès.
La maltraitance est difficile à percevoir tant psychologique que physique, elle est souvent bien cachée et les victimes qui sont culpabilisées/manipulées ne parlent pas.
rendre attentifs aux situations délicates, sensibiliser les médecins, éviter de passer à coté d'une situation
plutôt outil de CAT avec conséquences pour l'enfant et la famille
Pour avoir un soutien à contacter quand l ' enfant à risque est suivi en médecine générale
chaque cas est différent
Aide au dépistage
Donner les signes évocateurs d'un potentiel risque
Pour améliorer le dépistage et les signalisations
dans un quotidien on a parfois des signes qui "nous font penser que peut être..." mais en pratique l'entourage familial minimise. du coup quand on soigne toute la famille (des grands parents à la petite fille) pas toujours évident d'aller au contact frontal !
Pour ne pas méconnaître certains éléments
Faciliter le dépistage mais doute sur la pertinence d'un tel outil
Je la dépiste peu
amélioration du dépistage
pour une recherche plus systématique
Cela permettrait de soulever la question de la maltraitance de manière systématique et de dépister des cas qui sans cela passeraient inaperçus.
Car il est difficile d'aborder la maltraitance sans suspicion clinique elle est forcément sous diagnostiquée, cependant la caractéristique d'un dépistage est d'avoir une forte sensibilité au détriment de la spécificité donc que faire en cas de positivité pour affirmer le diagnostic ?
mettre notre attention plus en éveil pour y penser
Plus de facilité à reconnaître une maltraitance mais outil difficile a mettre en place car situations et signes très hétérogènes et différents en fonction des famille et de l'âge de l'enfant (nourrisson secoué et enfant plus âgé)
Elle existe beaucoup et elle est largement sous diagnostiquée
afin justement de mieux dépister
En cas de doute lors d'une consultation. Afin d'avoir un support autre que le seul jugement d'un médecin. Jugement qui reste très subjectif.
afin de réduire le risque de maltraitance chez les enfants en faisant très attention à ne pas stigmatiser les personnes.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOURRILLON A. Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. Rev Prat. février 2004;(4):p 415-420.
2. GILBERT R, WIDOM C, BROWNE K, FERGUSON D, WEBB E. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;(373):p 68-81.
3. ODAS. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://odas.net/Lettre-de-l-ODAS-Protection-de-l,116?mot1=2&mot2=rien&mot3=rien>
4. BENAROUS X, CONSOLI A, RAFFIN M, COHEN D. Abus, maltraitance et négligence : Epidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2014;62(5):299-312.
5. Organisation Mondiale de la Santé, International society for prevention of child abuse and neglect, BUTCHART A, and All. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet]. WHO. 2006 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/
6. GILBERT R, KEMP A, THOBURN J, SIDEBOTHAM P. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet. 2009;(373):167-80.
7. EL HANAOUI-ATIF H. Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes [Internet]. Faculté de médecine de Grenoble; 2012. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/chercher/theses/medecine.php?auteur=EL+HANAOUI&uni v=&toutindex=&annee=2012>
8. GRECO C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : bases pour améliorer la formation. Faculté de médecine Paris 11; 2013.
9. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève; 2002. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf?ua=1
10. LOPEZ G. Enfants violés et violentés. Le scandale ignoré. Paris; 2013. P38 p. (Dunod).
11. STHENEUR C, MIGNOT C. Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence. Arch Pédiatrie. 1 juin 2012;19(6, Supplément 1):H213-4.
12. ODAS. L'observation de l'enfant en danger : guide méthodologique. Paris; 2001 p. 38 pages.
13. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal officiel de la République française n°55 du 6 mars 2007.
14. DEYDIER J, EYMENNIER M. Le recueil et le traitement de l'information préoccupante. Cah Dyn. 2010;(49):36-44.
15. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (texte intégral) [Internet]. Humanium • Nous concrétisons les droits de l'enfant. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur:

<https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>

16. P. CONTE. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics Med Public Health*. 1 janv 2015;1(1):91-101.
17. Code pénal. Article 222-14, 222-22, 222-23, 222-24, 227-15, 227-25.
18. BARATTA A, Morali A, Halleguen O, Milosescu G-A. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine Droit*. 1 mars 2011;2011(107):114-23.
19. ONPE. Les chiffres clés en protection de l'enfance [Internet]. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Enqu%C3%AAt%20IP>
20. ONED. Onzième rapport annuel de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger remis au gouvernement et parlement [Internet]. Paris; 2016. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf
21. SNATED. Etude statistique relative aux appels du SNATED en 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/snated>
22. HAS. Maltraitance infantile : repérage et conduite à tenir. 2014.
23. REY-SALMON C, ADAMSBAUM C. Maltraitance chez l'enfant. 2013. (Lavoisier).
24. TURSZ A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2009;16(6):936-9.
25. TURSZ A. Les oubliés : Enfants maltraités en France et par le France. Paris; 2010. p 420. (Le Seuil).
26. REY-SALMON C, MESSERSCHMITT P. Maltraitance et enfants en danger Protection maternelle infantile. 1ère Partie : Maltraitance et enfants en danger. *Rev Prat*. 2003;5(10):P 1121-1127.
27. LUDÉS B. Sévices à enfants : médecine légale et sciences criminelles. *Rev Prat*. 2002;52(7).
28. HIQUET J, DUBOURG O, FOGAS J, CHRISTIN E. Item 55 : maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. *Rev Médecine Légale*. 1 juin 2017;8(2):80-5.
29. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Child maltreatment: when to suspect maltreatment [Internet]. 2013 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89>
30. PICHEROT G, VABRES N. Repérage et conduite à tenir face à un enfant en danger. *Rev Prat*. mai 2015;(5):660.
31. VABRES N, FLEURY J, PICHEROT G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. *Rev Prat*. 2011;61(5):p 653.
32. HAS. Haute Autorité de Santé - Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement [Internet]. 2017 [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
33. HOBBS CJ. Abdominal injury due to child abuse. *The Lancet*. 16 juill 2005;366(9481):187-8.

34. CHASTAING M. Pathomimie et syndrome de Münchhausen. Rev Prat. 2009;59(4):p 511-517.
35. SCHWEITZER MG. Le syndrome de Münchhausen sur l'enfant. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juin 2010;168(5):373-6.
36. REBEYROTTE S. Identification des situations à risques de maltraitance infantile chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature : Outil de repérage rapide à destination du médecin généraliste. Faculté de médecine de Strasbourg; 2016.
37. TURSZ A. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires [Internet]. France: INSERM CNRS; 2011. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MortsViolentesNourrissons_2011.pdf
38. Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II, Board on Children, Youth, and Families, Committee on Law and Justice, Institute of Medicine, National Research Council. New Directions in Child Abuse and Neglect Research [Internet]. Petersen AC, Joseph J, Feit M, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195985/>
39. TURSZ A. Enfants maltraités : Les chiffres et leur base juridique en France. 2008. (Lavoisier).
40. TURSZ A. Facteurs de risque de maltraitance dans l'enfance. Rev Prat. mai 2011;(5):p 658.
41. CHIU GR, LUTFEY KE, LITMAN HJ, LINK CL, HALL SA, MCKINAY JB. Prevalence and Overlap of Childhood and Adult Physical, Sexual, and Emotional Abuse: A Descriptive Analysis of Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. Violence Vict. 2013;28(3):381-402.
42. SPENCER N, WALLACE A, SUNDRUM R, BACCHUS C, LOGAN S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health. avr 2006;60(4):337-40.
43. SULLIVAN PM, KNUTSON JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. 1 oct 2000;24(10):1257-73.
44. JONES L, BELLIS MA, WOOD S, HUGHES K, MCCOW E, ECCCKLEY L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet Lond Engl. 8 sept 2012;380(9845):899-907.
45. BARTLETT JD, KOTAKE C, FAUTH R, EASTERBROOKS MA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? Child Abuse Negl. 1 janv 2017;63:84-94.
46. HINDLEY N, RAMCHANDANNI PG, JONES DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch Dis Child. sept 2006;91(9):744-52.
47. JOUSSELME C. Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels). EMC Psychiatr Pédopsychiatrie [Internet]. 14 déc 2009 [cité 6 févr 2018];37-204-H-15. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/237013/resultatrecherche/2>
48. SILVERMAN AB, REINHERZ HZ, GIACONIA RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. Child Abuse Negl. 1 août 1996;20(8):709-23.

49. DUMARET A. Conséquences à long terme de la maltraitance dans l'enfance. mai 2011;61(5):663.
50. DE BECKER E, LEURQUIN F. L'impact des maltraitements physiques infantiles. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2010;168(10):746-51.
51. BENAROUS X, CONSOLI A, RAFFIN M, COHEN D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 sept 2014;62(5):313-25.
52. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Signaler la maltraitance [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>
53. Maître FITOUSY. Association de Protection de l'Enfance - Maltraitance : signalement, mode d'emploi [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: http://www.protection-enfance.org/SIGNALEMENT-DE_MEDECINS_MODE_D_EMPLOI.php
54. Ministère de la Justice. Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes [Internet]. justice.gouv.fr. 2015 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/guides-professionnels-10048/enfants-victimes-dinfractions-penales-11953.html>
55. Ministère de la Santé. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance : Agir contre la maltraitance [Internet]. 2014. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf
56. CHEYMOL J. Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez le petit enfant ? Rev Prat. mai 2011;61(5):660.
57. CartoSanté [Internet]. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#themesdom>
58. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en région Alsace : situation de 2013. Ordre National de l'Ordre des médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/alsace_2013.pdf
59. STEENHOUVER-JEU M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile : perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées. [Amiens]; 2012.
60. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. Ethics Med Public Health. 1 janv 2015;1(1):11-8.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PETER KRESSPrénom : Caroline

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A HAGUELAU, le 17/08/18

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : La maltraitance infantile constitue un grave phénomène de société et un problème majeur de santé publique aux effroyables conséquences à long terme. Pourtant elle reste mal connue et sous-estimée, notamment en raison d'un manque de formation et de connaissances.

Matériels et Méthodes : Ce travail est une étude épidémiologique, descriptive, quantitative, réalisée dans la région Alsace entre le 25 septembre 2017 et le 15 décembre 2017, portant sur la connaissance en médecine générale des facteurs de risque de maltraitance infantile. Nous avons eu recours à un auto-questionnaire anonyme diffusé aux médecins généralistes libéraux par mail grâce à l'Interface de l'Union Régionale des Médecins libéraux d'Alsace (URLM) par 3 sessions d'envoi.

Résultats : Parmi les 95 médecins généralistes interrogés, il apparaît que leur connaissance sur le sujet est variable. Même si la plupart des facteurs de risque de maltraitance infantile sont bien identifiés par les praticiens, la prématurité est peu identifiée par les médecins comme un facteur de risque (29%). A celle-ci s'ajoute le sexe (35%), l'âge (41%), le statut socioéconomique (41%), le niveau éducatif (41%) et la structure familiale (47%), qui sont reconnus par moins de la moitié des généralistes alsaciens dans cette étude. Enfin 71% des médecins interrogés seraient favorables à la création d'un outil de dépistage standardisé de la maltraitance infantile.

Conclusion : Il s'avère donc primordial de renforcer la formation des médecins tout au long de leur carrière pour pallier à leur manque de connaissance sur le sujet.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Maltraitance infantile, Médecine Générale, Facteurs de risque

Président : Professeur LAUGEL V.

Assesseurs : Professeur DANION-GRILLIAT A, Docteur JACAMON-FARRUGIA A, Docteur ROTH M, Docteur SCHNEIDER A.

Adresse de l'auteur : 20 rue Paul Noël - 67500 HAGUENAU