

ANNÉE 2022

# THÈSE

N° 192

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

**SHELLENBERGER Mathilde**

Née le 17 Décembre 1994 à Haguenau

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 OCTOBRE 2022

**ÉTUDE DE LA VARIABILITÉ DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE  
EN CHARGE DES MÉDECINS FACE À UNE SITUATION  
SUSPECTE DE MALTRAITANCE INFANTILE ET  
CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA  
MALTRAITANCE INFANTILE**

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Docteur GUEDJ Romain

**PRÉSIDENT DU JURY :** Professeur CARBAJAL Ricardo

**MEMBRES DU JURY :**

Mesdames les Docteurs DE SUREMAIN Nathalie et LOSCHI Solène



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô 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 P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : 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

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

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

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

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

(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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépatodigestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

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

MO142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M0045		• 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 BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• 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
	FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
	GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
	GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• 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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : <b>Bactériologie-Virologie</b>
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option <b>Hématologie Biologique</b>
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option <b>Bactériologie-Virologie</b> 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 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

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 MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

### **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)
Pre Ass. GROB-BERTHOUE Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

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

Dr CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

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

Dr DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

### **D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**

#### **D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	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	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**  
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)  
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc    CNU-31    IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
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
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	ORL / 01.09.10is (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

### 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. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**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 Maitres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, 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 Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur 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.

« Nous devons à nos enfants, les éléments les plus précieux de toute société, une  
vie libre de peur et de violence »

**Nelson Mandela**

« Vous dites : c'est fatiguant de fréquenter les enfants.

Vous avez raison.

Vous ajoutez : parce qu'il faut se mettre à leur niveau, se baisser, s'incliner, se  
courber, se faire petit.

Là, vous avez tort.

Ce n'est pas cela qui fatigue le plus.

C'est plutôt le fait d'être obligé de s'élever jusqu'à la hauteur de leurs sentiments.

De s'étirer, de s'allonger, de se hisser sur la pointe des pieds.

Pour ne pas les blesser »

**Januz Korcsak** "Quand je redeviendrai petit"

## DÉDICACES & REMERCIEMENTS :

### **Au Président de Jury,**

**Monsieur Le Professeur Ricardo CARBAJAL**, sans vous, ce projet de thèse n'aurait jamais vu le jour. Tout d'abord, je tenais à vous remercier de m'avoir permis de réaliser mon interCHU aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Trousseau et d'avoir cru en moi. Aussi, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis infiniment fière de pouvoir poursuivre l'aventure de mon exercice professionnel au sein de votre service. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**À mon Directeur de thèse, Monsieur Le Docteur Romain GUEDJ**, pour ta confiance, pour avoir relevé le challenge de diriger une thèse en un temps record. Merci pour l'attention singulière que tu as portée à mon travail. C'est sans compter sur ton humour vif et ton trait d'esprit. Je te remercie d'avoir été mon parrain lors de ce dernier semestre d'interne.

### **Aux membres du jury,**

**À Madame La Docteure Nathalie DE SUREMAIN**, je te remercie d'avoir accepté avec autant d'enthousiasme de faire partie de mon jury de thèse sur ce sujet qui te tient tant à cœur. J'admire ton humilité, ta sagesse et l'énergie débordante que tu libères.

**À Madame La Docteure Solène LOSCHI**, je suis honorée de te compter parmi les membres de mon jury et d'apporter ton expertise. Ton dévouement au service des enfants en danger est honorable et me touche particulièrement.

À Sidney, Julie, Cécile, Rita, Maylis, Anne, Mélusine, Anne-Sophie, Mathilde, Maxime, Joseph, Nicolas, Thibault et Simon pour tous vos précieux conseils et ceux à venir. Je me réjouis d'intégrer votre équipe.

À Lucille et Marianthi, pour le plaisir que j'ai éprouvé de travailler avec vous. J'espère pouvoir recroiser votre route à nouveau.

À Jean-Marie, pour la passion de ce si beau métier de médecin.

À tous mes co-internes pour ces trois années pleines de découvertes, de questionnement, d'humanité et de partage. Une pensée particulière à mon binôme de médecine interne, Jean-Edouard.

À Théophile.

À mon urgentiste parisienne préférée : Marie. Merci de me faire autant rire.

À Valentine. Ta sérénité m'est primordiale.

À Caroline. Mon soleil. Mon âme-sœur fraternelle.

À ma famille.

À mon papa, pour ta passion du cinéma et du jazz.

À mes frères :

À Louis. Je suis fière de toi. À Baptiste. Je serai toujours là pour toi. Croyez toujours en vos rêves, mêmes les plus fous.

À Edouard et Justine. On est la famille que l'on choisit. J'ai de la chance de pouvoir compter sur vous. Au monde entier à explorer et aux mille et un voyages qu'il me tarde de faire tous les quatre.

À Carole et Christophe. Pour votre tendresse et votre bienveillance à mon égard. Je tiens fort à vous. Merci pour la parenthèse enchantée que vous offrez aux enfants, que ce soit en éblouissant leurs papilles, ou en les divertissants.

À ma maman, pour ton amour inconditionnel. Parce que les enfants ont toujours eu une place unique. Merci pour tout l'enseignement que tu leur apportes au quotidien.

À ma Mamie, merci pour cette enfance formidable. À toutes les merveilles que tu m'as transmises. À tous ces moments hors du temps que j'aime partager avec toi, même s'ils se font rares. Tous les enfants mériteraient d'avoir une mamie comme toi.

À tous ceux qui ne sont plus là.

À Charles,

Attraper ta main, accepter l'inconnu, et prendre le risque

Tirer l'autre vers le haut, mutuellement mûrir et se grandir

Rester émerveillée par la vie et garder ce regard d'enfant, toujours

Me tenir devant toi à cet instant si précieux est un cadeau. Merci. Pour tout.

## Liste des Abréviations

**AEMO** : Action éducative en milieu ouvert

**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance

**CépiDc** : Centre D'épidémiologie sur les causes Médicales de Décès

**CIIVISE** : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations préoccupantes

**CRES** : Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSERM** :

**IP** : Information préoccupante

**MJAGBF** : Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

**MJIE** : Mesure judiciaire d'investigation éducative

**MSN** : Mort suspecte du Nourrisson

**ODAS** : Observatoire National de l'Action Sociale

**ODPE** : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

**OMS** : Organisation mondiale de la Santé

**ONPE** : Observatoire National de La Protection de l'Enfance (avant 2007 : ONED)

**OPP** : Ordonnance de Placement Provisoire

**PMI** : Protection maternelle et Infantile

**SFMLP** : Société Française de Médecine Légale Pédiatrique

**SNATED** : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

**UAPED** : Unités d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger

# TABLE DES MATIÈRES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>18</b>
1. HISTOIRE DE LA MALTRAITANCE .....	18
2. DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE .....	19
3. LES TYPES DE MALTRAITANCE .....	20
4. CONSÉQUENCES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE .....	22
5. LA PROTECTION DE L'ENFANCE .....	24
6. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALTRAITANCE .....	28
7. RÔLE ET PLACE DU MÉDECIN DANS UNE SITUATION DE MALTRAITANCE .....	30
<b>II. MATÉRIEL &amp; MÉTHODE</b> .....	<b>33</b>
1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE ET PARTICIPANTS .....	33
2. QUESTIONNAIRE .....	34
a. Données Démographiques .....	34
b. Expérience médicale des médecins face à la maltraitance .....	34
c. Cas Cliniques .....	34
d. Questionnaire sur les connaissances en maltraitance infantile .....	37
3. ANALYSE .....	37
<b>III. RÉSULTATS</b> .....	<b>40</b>
1. DESCRIPTION ET CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS .....	40
2. EXPÉRIENCE MÉDICALE DES MÉDECINS .....	40
3. SUSPICION DE LA MALTRAITANCE PAR LES PARTICIPANTS .....	40

4.	PRISE EN CHARGE ACTIVE SELON LA SUSPICION DES PARTICIPANTS .....	41
5.	RECHERCHE D'UNE CORRÉLATION ENTRE LA SUSPICION ET LA PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS.....	42
6.	RECHERCHE D'UNE VARIABILITÉ, SÉLECTION DES CAS / HÉTÉROGÉNÉITÉ DES RÉPONSES.....	42
7.	QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES GÉNÉRALES CONCERNANT LA MALTRAITANCE	44
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
1.	PRINCIPAUX RÉSULTATS .....	45
2.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	45
a.	Forces de l'Étude.....	45
b.	Limites de l'Étude .....	47
3.	SAVOIR ÉVOQUER LA MALTRAITANCE : UN 1ER PAS EN AVANT MAIS INSUFFISANT .....	48
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
	BIBLIOGRAPHIE .....	59
	ANNEXE.....	63

# I. INTRODUCTION

## 1. HISTOIRE DE LA MALTRAITANCE

Les violences faites aux enfants ont toujours fait partie de l'Histoire. La subtilité de ce sujet réside dans la façon dont on observe ce phénomène en fonction de l'époque dans laquelle on se situe. Dans la Rome Antique, le chef de la famille dénommé « *Pater Familias* » avait la toute-puissance. Le droit de vie et de mort sur sa progéniture et le choix des sanctions à ses enfants relevait de son pouvoir. Au Moyen-Âge, les abandons d'enfants et les infanticides étaient fréquents, compte tenu de la rudesse de la vie (1). La reconnaissance du concept de maltraitance chez l'enfant fut ainsi longue et laborieuse.

C'est l'Église qui a commencé à lutter contre les abandons d'enfants et a encouragé l'adoption. Se développe, à cette époque, la construction d'hôpitaux-orphelinats permettant l'accueil de ces enfants comme l'hôpital des Enfants-Trouvés en 1638. Il faudra attendre le siècle des Lumières et Jean-Jacques Rousseau pour que l'enfant soit regardé comme une personne ayant une valeur propre et un être aux multiples potentialités (2).

La première description médicale des sévices envers les enfants apparaît au XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle est l'œuvre d'Ambroise Tardieu, médecin légiste français et Président de l'Académie nationale de médecine. En 1860, il publie « étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants » basée sur l'analyse de 32 cas. Cette première description clinique évoque des « *faits qualifiés de mauvais traitements, et dont les enfants sont plus particulièrement victimes de la part de leurs parents, de leurs maîtres, de ceux en un mot qui exercent sur eux une autorité plus ou moins directe* » (3).

Mais il faudra attendre un siècle plus tard pour que la communauté médicale se sente concernée. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'idée que des parents puissent maltraiter leurs enfants fut difficile à accepter par les médecins. Le Dr Frederic Silverman s'est intéressé aux lésions osseuses spécifiques provoquées par des violences physiques, qui donnera son nom au syndrome éponyme. En 1962, il publie avec le Dr Henry Kempe, l'article «The battered-child syndrome» qui ouvre la voie à la reconnaissance médicale et scientifique du syndrome des enfants battus. (4) La fin du XX<sup>ème</sup> siècle marque alors le début d'une prise de conscience collective et la prise en charge institutionnelle de la maltraitance infantile.

## 2. DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE

D'après le dictionnaire de l'Académie Française, le mot **maltraitance**, issu du verbe *maltraiter*, apparaît au XIII<sup>ème</sup> siècle, signifiant « traiter durement » (4). Initialement destiné aux enfants, ce n'est que récemment que le mot maltraitance s'est étendu à d'autres personnes vulnérables comme les sujets âgés.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose la définition suivante de la maltraitance infantile : « *s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* » (5).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit la maltraitance comme « *le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants* » en s'appuyant sur l'article 375 du Code civil (6) (7).

### 3. LES TYPES DE MALTRAITANCE

Selon l'OMS, la maltraitance infantile peut prendre différentes formes, dont les conséquences sont dévastatrices. On distingue quatre types de maltraitance infantile, décrit par le Ministère de la Santé et de la Prévention, mis à jour en 2018 (8).

- **Les violences physiques** se traduisent par « *l'usage de la force ou de la violence contre un enfant, de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être* » (8). Les violences commises contre les enfants n'ont pas besoin d'être habituelles ou répétées pour être punies par la loi.

Une forme de maltraitance physique spécifique du Nourrisson est le **Syndrome du bébé secoué** : Il s'agit de la dénomination des différents traumatismes crâniens secondaires à un secouement. Celui-ci est décrit à «haute cinétique» comme les accidents de la voie publique. Les signes cliniques évocateurs, d'autant plus s'ils sont associés, sont :

- une hypotonie axiale, des convulsions, un arrêt des acquisitions ou une régression psychomotrice, une fontanelle bombée, un décrochage de la courbe du périmètre crânien
- un malaise, des pauses respiratoires
- une association inconstante d'ecchymoses du thorax et des bras consécutive à des points de serrement

Les mouvements de secouement sont multidirectionnels et peuvent causer des hématomes sous-duraux, des lésions parenchymateuses, des lésions cervicales et des saignements rétiniens. La suspicion de ce diagnostic doit conduire à la réalisation d'un scanner cérébral en urgence et une hospitalisation.

- **Les violences psychologiques** se résument par l'exposition répétée à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique. Tout changement de caractère habituel de l'enfant doit alerter le médecin, parfois signalé par le milieu scolaire, la

famille, le cercle amical (10). Le code pénal réprime ces violences et les punit des mêmes peines que les violences physiques (11).

- **Les violences sexuelles** correspondent à tous les actes à connotation sexuelle imposés aux enfants.

Ces violences peuvent être à l'origine de lésions traumatiques ano-génitales, parfois associées à d'autres signes de violences physiques, de plaintes somatiques, de troubles des conduites, de troubles psychosomatiques, de troubles du comportement, d'infections sexuelles transmissibles ou d'une grossesse (12). Les fausses allégations spontanées d'un enfant sont rares. Il appartient au médecin d'accueillir ces révélations et de ne pas douter de la véracité des faits. L'examen d'une victime d'abus sexuel avec pénétration datant de moins de 72 heures est une urgence médico-légale (13) (14).

- **La négligence** est définie par la non-satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant. La notion de maltraitance est ainsi « omise ». Il s'agit d'une léthargie parentale affectant le présent et l'avenir de l'enfant. Elle peut être non intentionnelle. La négligence prend la forme d'une dénutrition, d'un nanisme psycho-social, d'un retard de développement psychomoteur chez un nourrisson non stimulé, d'une décompensation d'une maladie chronique liée à l'absence de soins nécessaires, d'accidents domestiques, ou d'intoxications (15). Un des marqueurs physiques des situations de négligence les plus pertinents est le mauvais état bucco-dentaire. Dans la loi française, le fait de priver un enfant de ses besoins au point de compromettre sa santé est puni de 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende (16). En 2018, aux Etats-Unis, le pourcentage de négligence au sein d'une population d'enfants maltraités s'élevait à 60 % comparé aux 10 % victimes de violences physiques (15).

- **Les cyberviolences** sont de nouvelles formes de violences reliées aux nouvelles technologies telles que l'exposition aux images violentes ou pornographiques, le sexting, et le cyberharcèlement.

- **Les violences institutionnelles** correspondent aux violences subies en dehors du milieu familial, en milieu collectif ou cachées par les institutions des enfants.

Même si un seul type de violence semble prédominer, les mineurs sont rarement victimes d'un seul type de maltraitance. Les autres sont donc toujours à rechercher.

#### 4. CONSÉQUENCES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

L'impact au long terme du développement de l'enfant dépend de la gravité du traumatisme autant que de sa répétition dans le temps. Les séquelles de maltraitance peuvent être physiques mais les conséquences psycho-comportementales sont largement documentées (17). On retrouve :

- une perturbation du développement cérébral
- un risque significatif de difficultés émotionnelles
- des troubles des apprentissages

La maltraitance est aussi corrélée à l'augmentation de maladies graves de l'adulte. À ces conséquences, s'ajoute le risque de transmission transgénérationnelle qui correspond au mimétisme des violences subies reproduites sur les descendants (18). Néanmoins tous les parents ayant été victimes de violences et de mauvais traitements ne sont pas systématiquement auteurs de maltraitance comme le démontre la plupart des études (19).



**Figure 1.** La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant (22).

## 5. LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La définition de la protection de l'enfance selon l'État français consiste « à *garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation* » (20).

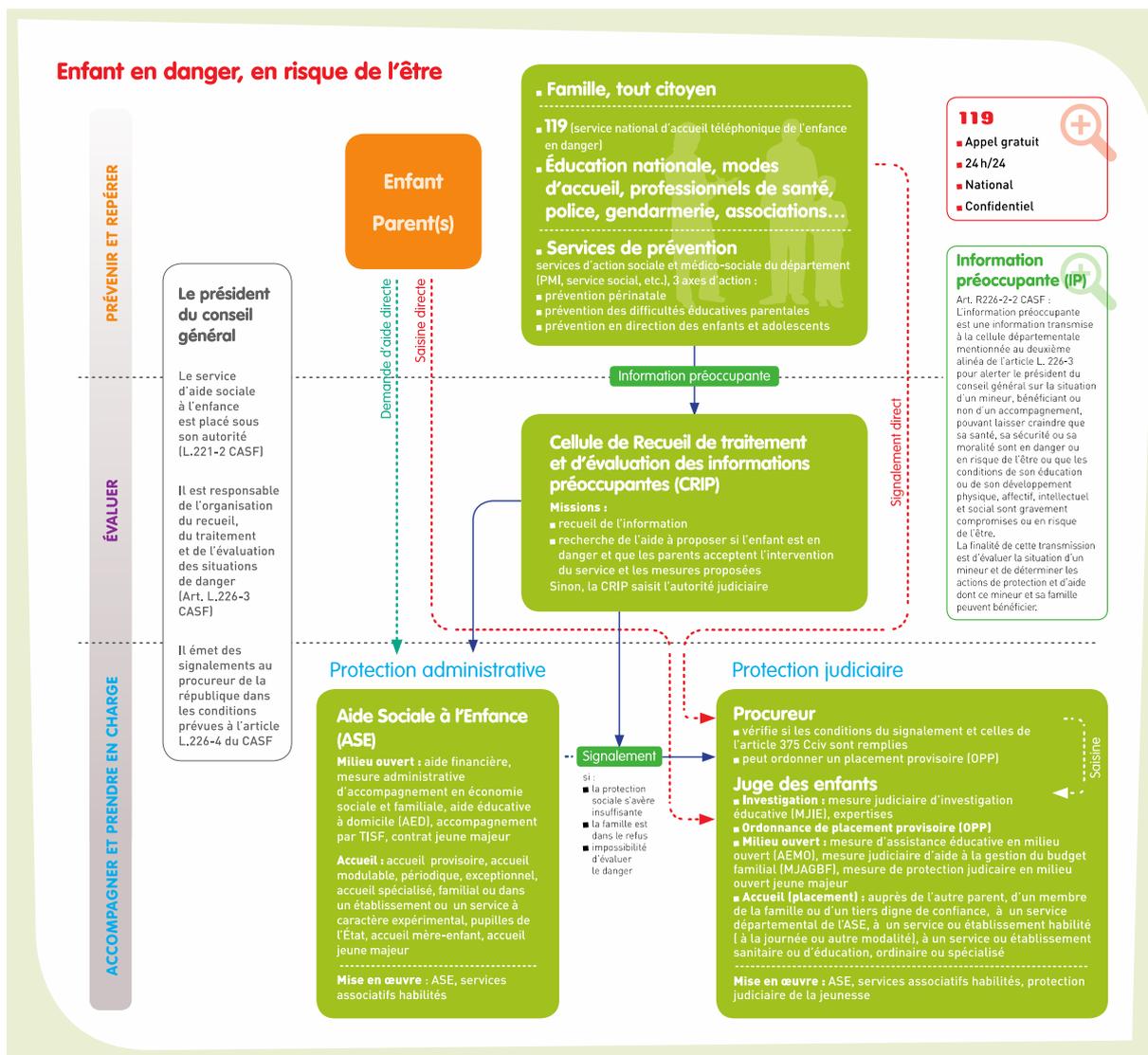
L'équipe du Docteur Martin-Blachais, dans son rapport remis au Ministère des familles en 2017, émet le postulat que « le méta-besoin des besoins fondamentaux universels de l'enfant en protection de l'enfance est le besoin de sécurité, besoin nécessaire tout au long de la vie » (21) (Figure 1).

L'autorité parentale est définie par le Code Civil comme « *un ensemble de droit et de devoir ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* ». Celle-ci est considérée comme premier garant de sa protection (22). Depuis 2016, l'exercice de l'autorité parentale peut être suspendu ou retiré à l'un des deux parents ou aux deux parents par le juge des affaires familiales (23).

L'objectif principal du système français de protection de l'enfance est la prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés et l'accompagnement de ces familles. Ces aides sont mises en place par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le but est de maintenir au maximum l'enfant dans son milieu familial. En cas d'échec de ces dispositions, des mesures de placement peuvent être prononcées par le juge des enfants (20).

La protection de l'enfance comprend trois niveaux d'intervention :

- Les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents
- L'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger
- Les décisions administratives ordonnées par le président du conseil départemental et judiciaire sont prises par le juge des enfants ou par le procureur de la République en cas d'urgence



Le 5 mars 2007, la loi de la protection de l'enfance est réformée (24). Elle souligne l'importance de la prévention et du repérage précoce des enfants en danger. L'accent est mis sur la transmission et le traitement des informations préoccupantes (IP). On distingue différents organismes de gestion de la protection de l'enfance en France :

- **L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE)**. Ses trois principales missions sont : d'améliorer la connaissance de la protection des mineurs ; recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention ; et enfin soutenir les acteurs de la protection de l'enfance. Un Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) est présent dans chaque département sous l'autorité du Président du Conseil Général. En 2020, seuls 83 conseils départementaux sur 101 disposent d'un observatoire (25). Un rapport annuel est présenté au Gouvernement et au Parlement.

Le seizième rapport de juillet 2022 met en avant l'importance de la prise en charge médicale et psychologique des enfants placés (26).

- **Le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED)**, créé par la loi du 10 juillet 1989. Ce service gère le numéro d'urgence 119 destiné à recueillir les appels d'enfants en danger ou d'adultes préoccupés par une situation particulière et de les conseiller. Le SNATED permet de constituer une information préoccupante ou un signalement selon la gravité des faits afin de les transmettre à la CRIP (27) (28).

- **L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)** est organisée en services départementaux. Elle regroupe différents établissements permettant un accueil alternatif ou temporaire. Elle apporte un soutien matériel, financier, éducatif et psychologique aux familles à domicile (29)

La Figure 2 illustre l'organisation de la Protection de l'Enfance en France et le circuit des informations préoccupantes et d'un signalement.

L'information préoccupante est « *constituée de tous les éléments susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur* » (30). Les **Cellules de Recueil de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP)** sont au centre du dispositif. Elles évaluent et déclenchent différentes actions en fonction des résultats d'enquête. Elles jouent un rôle de conseil auprès des professionnels de santé ou de l'enfance qui peuvent prendre contact avec eux (31).

Le signalement est un terme juridique qui désigne la transmission au procureur de la République « *des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur qui n'est pas en mesure de se protéger* » (30). Le signalement doit être effectué directement auprès du procureur, joignable 24 heures sur 24. Le modèle type de signalement, est accessible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (32).

L'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) est prononcée en cas d'urgence. Le mineur est alors confié à l'ASE, au centre hospitalier, chez un autre parent ou un tiers digne de confiance. Cette décision est prise sans audition préalable des parents et sans recours possible à un appel. La durée du Placement se fera à l'appréciation du juge des enfants. (33)

Si les faits constituent une infraction pénale, le procureur de la République pourra ordonner l'ouverture d'une enquête auprès des services de police ou de gendarmerie. Il peut également saisir le juge des enfants pour la mise en place de mesures d'assistance éducatives.

A l'heure actuelle, il existe quatre types de mesures d'assistance éducative pour l'enfant :

- La mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)
- L'action éducative en milieu ouvert (AEMO). 60% des enfants pris en charge par la protection de l'enfance bénéficient de cette mesure (26). L'enfant est maintenu dans sa famille et les

parents conservent l'autorité parentale. Ils bénéficient d'un accompagnement éducatif et sont soumis à des obligations particulières telles un suivi médical ou psychologique régulier, ou une formation spécifique

- La mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF)
- Le placement

## 6. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALTRAITANCE

D'après l'OMS, la prévalence de la maltraitance physique infantile en Europe s'élève à 22,9% (34). En 2018, le rapport de prévention de la maltraitance infantile estime qu'au moins 18 millions d'enfants en Europe souffriraient d'abus sexuels, 44 millions de violences physiques et 55 millions de violences psychologiques. De surcroît, la maltraitance conduit chaque année au décès prématuré d'au moins 850 européens âgés de moins de quinze ans (35).

L'ONPE publie chaque année une estimation du nombre de mineurs et de jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance.

Ainsi, au 31 décembre 2020, 308 000 enfants, soit 21% mineurs français, bénéficiaient d'au moins une mesure du dispositif de protection de l'enfance (26). Le ministère de la Justice dénombre 102 678 mineurs suivis par le juge des enfants (hors mesure d'aide judiciaire) la même année (-9% par rapport à 2019).

L'impact de la pandémie du COVID-19 sur les violences intra-familiales a été brutal, comme le démontre les chiffres suivants de l'activité du numéro 119 en 2020. La plateforme a fait face à une augmentation de 56,2 % des appels entrants de mars à mai 2020 par rapport à l'année 2019 (414 262 sollicitations en 2020). Plus d'un appel sur deux a donné lieu à une information préoccupante, soit une augmentation de plus de 30 %. Le nombre d'informations préoccupantes transmises à la CRIP entre 2019 et 2020 est passé de 17 113 à 22 224 (26). Les

types de dangers évoqués lors des sollicitations, par ordre de fréquence, sont les violences psychologiques (27,4%), et les négligences (22,7 %).

Dans un rapport de l'INSERM concernant le recueil épidémiologique des maltraitances, les chercheurs soulignent la fiabilité limitée des données alarmantes , du fait de doublons, et de cas jamais repérés ni signalés (38).

En 2018, 122 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrés par les forces de l'ordre. Pour 80 d'entre eux, l'auteur était un membre de la famille. Les deux tiers des enfants étant âgés de moins de 5 ans au moment du décès (39).

Il existe une différence dans le recensement des données des décès des enfants de causes suspectes. En effet, les données/ résultats épidémiologiques des effectifs de décès recensé par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) et les données des services judiciaires sont discordantes (40). D'après les informations recueillies par les forces de l'ordre, l'effectif d'homicide chez les moins de 15 ans sur l'année 2017 s'élève à 59 décès. La même année, le CepiDc en recense 27 (41). Dans une étude des morts suspectes du nourrisson (MSN), dirigée par la Dre Anne TURZS, la comparaison entre les données du CépiDc et celles de la police et la gendarmerie nationales pour les mêmes années, indique que les chiffres fournis par la deuxième source sont toujours supérieurs (40).

La protection de l'enfance représente un coût important pour la société. En 2020, les dépenses brutes distribuées pour l'ASE en France métropolitaine et d'outre-mer s'élevaient à 8,9 milliards d'euros (+3,8 % par rapport à 2019) (26).

## 7. RÔLE ET PLACE DU MÉDECIN DANS UNE SITUATION DE MALTRAITANCE

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours dans le suivi des enfants. Il est considéré comme un acteur majeur des actions de prévention et de dépistage (42). Plus d'un médecin généraliste sur deux est confronté à un cas de maltraitance au cours de sa carrière. Les situations de danger sont difficiles à repérer car elles se heurtent à la sidération et au déni des professionnels. Dans un rapport de 2021 de l'ONPE, la fréquence des consultations chez le médecin généraliste est identique chez des enfants victimes de violences physiques âgés de 0 et 5 ans et un groupe témoin d'enfants du même âge (43).

La suspicion de maltraitance repose sur une combinaison d'éléments cliniques, biologiques et radiologiques. Les signes d'alertes cliniques sont aussi dénommés « drapeaux rouges ». Les éléments de l'anamnèse doivent alerter, d'autant plus si l'explication fournie par l'entourage est peu plausible, que le délai imparti entre la première constatation médicale et la date d'apparition est inexplicable ou qu'un tiers est mis en cause par l'enfant. Face à des lésions d'allures traumatiques, le clinicien doit raisonner selon l'âge de l'enfant, le nombre, la forme et la localisation des lésions constatées (6).

- L'apparition de lésions d'allures traumatiques ou lésions sentinelles avant l'âge de la marche (ecchymose même de petite taille, plaie autre qu'une simple griffure sur la partie médiane de la face, fracture)
- Un nombre de lésions cutanées supérieur ou égal à 15 chez un enfant qui marche, en dehors de tout traumatisme ou de pathologie de l'hémostase
- Les localisations suspectes chez l'enfant sont : le périnée, l'abdomen, les joues, les oreilles, le cou, le dos des mains, le dos, la face postérieure des membres inférieurs
- Les lésions «en forme» (doigts, mains, ceinture, bâton) sont très inquiétantes

Chez le nourrisson, les situations les plus souvent détectées sont les négligences et les violences physiques. Chez l'enfant plus âgé, la symptomatologie est subtile et le praticien doit être vigilant quant aux situations de difficultés scolaire ou de surinvestissement. L'adolescent se distingue par la fréquence de situations d'auto ou d'hétéro-agressivité qui doivent faire évoquer des violences subies. Malgré ces recommandations, il existe encore une grande variabilité et hétérogénéité des pratiques à l'origine d'un sous-diagnostic (44). En effet, la prise en charge des suspicions de maltraitance repose encore sur une appréciation très subjective de la situation par le soignant. Une étude française révèle que dans moins de 50% des cas, l'indication d'examen était en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le syndrome de Silvermann est défini par la découverte radiologique chez un nourrisson de lésions osseuses d'âges différents en lien avec des traumatismes infligés. Les lésions osseuses les plus évocatrices sont :

- Lésions métaphysaires avec des arrachements en coin secondaires à un mécanisme en traction
- Lésions périostées secondaires à des mécanismes par torsion.
- Lésions par choc direct

Une autre étude française publiée en 2015 a montré que dans le cas théorique d'un nourrisson de 9 mois présentant une fracture du fémur, de nombreuses ecchymoses et un traumatisme crânien, seuls 28% des pédiatres interrogés auraient demandé une IRM du crâne, un examen pourtant recommandé après le scanner dans ce cadre de potentiels traumatismes infligés (45).

Le signalement est pour le médecin une obligation pénale et déontologique. L'information préoccupante comme le signalement constituent des dérogations au secret professionnel. Comme le précise l'article 226-14 du code pénal, modifié par la loi du 5 novembre 2015, lorsque le médecin transmet une information préoccupante à la CRIP ou signale au Procureur

de la République une maltraitance constatée ou présumée, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, civile ou pénale (46). D'après le Bulletin de l'Ordre des médecins de 2002, le nombre de signalements déclarés par le corps médical se situe autour des 2% (38). De même, les chiffres relatifs aux informations préoccupantes transmises aux CRIP sont similaires et témoignent de la très faible part que représente le secteur médical dans les sources émettrices. Les principaux pourvoyeurs d'informations préoccupantes seraient, selon une enquête de l'ONED sur l'année 2010, l'Éducation nationale et le Parquet dans plus de 9 cas sur 10 (47).

C'est dans ce contexte, que nous avons décidé d'élaborer ce travail de recherche. Nous avons souhaité étudier la variabilité de diagnostic et de prise en charge des médecins face à des situations suspectes de maltraitance. Cela nous permettra de cibler les éléments nécessaires à la réalisation d'une formation dédiée aux médecins généralistes. L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances sur la maltraitance infantile chez les médecins généralistes.

## II. MATÉRIEL & MÉTHODE

### 1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE ET PARTICIPANTS

Nous avons conduit une étude observationnelle transversale à l'aide d'une enquête en ligne réalisée par le biais d'un questionnaire Google Forms.

Le questionnaire comportait trois parties distinctes : le recueil de données démographiques, trois vignettes cliniques de cas de maltraitance physique infantile et un questionnaire des connaissances générales concernant la maltraitance infantile.

Le lien du questionnaire a été diffusé auprès d'internes de médecine générale via les pages Facebook de différentes promotions d'internes de France. Les groupes contactés s'intitulent « Internat Médecine Générale Strasbourg - Promo 2020 », « Internat Médecine Générale Strasbourg- Promo 2019 », « Internat Médecine Générale Strasbourg- Promo 2021 », « Internes de Médecine Nancy », « Internes médecine G Paris », « Internes de France », « Internes Médecine Générale Rennes », « Internes d'Ile-de-France ».

Le nombre d'inscrits dans ces groupes s'élevait à une centaine d'internes environ, sauf pour ceux regroupant plusieurs promotions de toutes spécialités confondues, où l'effectif pouvant atteindre les 20 000 étudiants.

Le questionnaire a aussi été transmis aux médecins généralistes par mail et via les pages Facebook d'annonces de remplacement nationales tels que « Remplacement Médecine Générale Paris/IDF », « Remplacements Médecins France et DOM-TOM », « Remplacement médecine générale aux Antilles-Guyane », « Remplacement Médecine Générale Hautes Alpes et Alpes de Haute Provence », « Médecins généralistes de Nouvelle-Calédonie », « Rempla Médecine Générale Alsace », « Remplacement médecine générale Charente et Charente-Maritime »

La période de réponse au questionnaire en ligne s'est déroulée du 14 juillet au 15 août 2022.

Le nombre de candidats ayant répondu s'élève à 215.

## 2. QUESTIONNAIRE

### a. Données Démographiques

Le recueil des données démographiques du participant concernait son sexe, son âge, son statut (interne ou médecin généraliste).

### b. Expérience médicale des médecins face à la maltraitance

L'expérience professionnelle du médecin face à la maltraitance était axée autour de 4 questions aux réponses binaires :

- Avez-vous déjà suspecté une maltraitance parmi un des enfants que vous avez pu prendre en charge ?
- Si oui, avez-vous déjà rédigé une Information Préoccupante ou un Signalement ?
- Connaissez-vous les procédures et les différents intervenants que vous pouvez contacter dans le cadre d'un signalement ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation sur la maltraitance lors de votre internat ou lors d'une Formation Continue ?

### c. Cas Cliniques

Trois vignettes cliniques ont été sélectionnées d'après le travail de thèse du Dr BOTTIN.

L'objectif de son travail consistait à rechercher des disparités de prise en charge des patients suspects de maltraitance en pédiatrie. Quatre pédiatres des urgences pédiatriques de l'hôpital Trousseau à Paris ont créé huit vignettes cliniques pour lesquelles une maltraitance pouvait être

suspectée. Ces vignettes ont été relues et corrigées par les médecins de la Société Française Médico-Légale Pédiatrique, puis classées par degré de suspicion de maltraitance : faible, modérée ou forte. Elle a interrogé 90 candidats majoritairement composé d'internes de pédiatrie. Le ressenti du médecin concernant les situations de suspicion de maltraitance était recueilli avec des réponses graduées sous forme d'échelle de Likert allant de 1 à 5. L'échelle de Likert est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude. On demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation allant de 1 à 5.

Les situations cliniques retenues pour notre travail de recherche sont celles ayant obtenu une variabilité de réponse la plus élevée. Autrement dit, ces trois situations se distinguent des autres puisque l'avis des participants différait de celui des experts. En effet, la suspicion de maltraitance était systématiquement sous-estimée par les médecins et les internes.

Nous avons voulu évaluer le degré de suspicion de maltraitance pour ces trois situations qui n'ont pas constitué l'unanimité au sein d'une population de pédiatres. Notre objectif étant de l'étudier à plus grande échelle auprès d'une population de médecins généralistes.

Le premier cas clinique est un Nourrisson de 14 mois, amené par sa maman aux urgences pour des pleurs inexplicables associés à un refus de la marche. La veille de la consultation, il jouait dans son parc quand ses parents l'ont entendu pleurer. Le lendemain matin, le nourrisson refuse de poser le pied gauche et ne marche plus. Il marchait la marche depuis l'âge de 12 mois. Une radiographie du membre inférieur gauche dévoile une fracture spiroïde du fémur sans rupture du périoste. Dans ce cas clinique, la suspicion de maltraitance définie par les experts est faible. Les subtilités permettant de suspecter dans une moindre mesure une maltraitance sont l'intégrité du périoste et l'acquisition de la marche.

Le deuxième cas clinique est un Nourrisson de 24 mois, arrivé aux urgences pour un traumatisme crânien survenu une heure auparavant. Les parents rapportent que l'enfant serait

tombé du canapé en l'escaladant et qu'il aurait chuté sur l'arrière de la tête sur un sol carrelé. Il aurait pleuré de suite sans perdre connaissance. À l'examen clinique, on retrouve un volumineux hématome au niveau de l'arrière du crâne ainsi qu'une douleur à la palpation du scalp. Un scanner cérébral détecte une fracture pariéto-occipitale gauche linéaire, de 3 cm de long associée à un hématome sous cutané. Aucune hémorragie intracrânienne est associée. Dans ce cas clinique, la suspicion de maltraitance définie par les experts est faible. En effet, les parents ont été témoins de la scène, l'histoire rapportée est cohérente et les lésions cérébrales mises en évidence à l'imagerie ne sont pas en faveur d'une maltraitance.

Le troisième cas clinique fait état d'un nourrisson de 9 mois accompagné de sa maman . Il présente des difficultés d'alimentation depuis 3 jours. Elle rapporte que son enfant pleure lorsqu'on lui donne le biberon et qu'il refuse la diversification à la cuillère. Il a perdu 3 % de son poids et présente un hématome de la langue. Sa maman ne parvient pas à justifier cette lésion. L'enfant est adressé en consultation ORL qui conclut à un hématome causé par la tétine. Dans ce cas clinique, la suspicion de maltraitance définie par les experts est considérable. En effet, l'histoire de la maladie est discordante. L'hématome causée par la tétine est secondaire à un apport alimentaire insuffisant chez un enfant incapable de se nourrir seul. La prise en charge de ce nourrisson est une urgence psychosociale.

Les trois cas cliniques étaient présentés de manière indépendante au sein du questionnaire. Deux questions suivaient :

La première concernait le degré de suspicion de maltraitance. La réponse était graduée sous forme d'échelle de Likert allant de 1 à 5 : sûrement accidentelle pour la réponse 1 ; incertaine pour la 3 ; et sûrement due à une maltraitance pour la 5.

La deuxième question concernait une prise en charge spécifique à la vignette clinique (réalisation d'une radiographie de squelette complet, rédaction d'une information

préoccupante). Le participant devait graduer son adéquation avec la proposition faite sous forme d'échelle de Likert allant de 1 à 5 : fortement en désaccord pour la réponse 1 ; neutre pour la 3 ; et tout à fait d'accord pour la 5.

#### d. Questionnaire sur les connaissances en maltraitance infantile

La troisième partie du questionnaire s'intéressait aux connaissances générales des praticiens concernant la maltraitance en pédiatrie. Sept questions ont été créées par des pédiatres des urgences pédiatriques de l'hôpital Trousseau, validées par la SFMLP. Le participant disposait d'un choix unique entre trois réponses : vrai, faux, ou ne sait pas. Ces questions concernaient : la prévalence, les signes cliniques évocateurs, les facteurs de risque connus, et les examens complémentaires à réaliser. Les questions sont disponibles en annexe.

### 3. ANALYSE

Les caractéristiques démographiques des participants et les résultats ont été analysés sous forme de pourcentage et de moyenne.

Nous avons considéré que le médecin **suspectait une maltraitance** s'il validait les propositions 4 ou 5 à la question 1 (réponse 4 : « probablement dû à une maltraitance », réponse 5 : « sûrement dû à une maltraitance »)

Ensuite, un degré de suspicion des participants pour chaque vignette était établi et gradué comme suit :

- Suspicion **faible** si moins de 33% ont répondu aux propositions 4 ou 5 ;
- Suspicion **moyenne** si 33-66% ;
- Suspicion **forte** si plus de 66%.

Nous avons considéré que le médecin était en faveur d'une **prise en charge active** s'il confirmait les propositions 4 ou 5 à la question 2. (réponse 4 : « d'accord avec la réalisation des examens complémentaires », réponse 5 : « tout à fait d'accord avec la réalisation des examens complémentaires »)

Nous avons par ailleurs recherché une corrélation entre les réponses aux questions 1 et 2 à l'aide d'un calcul du coefficient de corrélation en utilisant la méthode de Pearson. La corrélation permet d'étudier la relation entre les deux variables que sont la suspicion clinique et la prise en charge.

La corrélation était définie comme :

- faible si le coefficient  $r$  calculé était compris entre 0,1 et 0,3, signifiant que la prise en charge va à l'encontre du degré de suspicion établi à la première question
- moyenne si  $r$  compris entre 0,3 et 0,5
- forte si  $r$  était supérieur à 0,5, signifiant que la prise en charge est cohérente avec le degré de suspicion.

Caractéristiques		(n = 215) (%)
Sexe		
	Femme	175 (81,4)
	Homme	40 (18,6)
Age		
	20 – 30 ans	121 (56,3)
	30 – 40 ans	78 (36,3)
	40 – 50 ans	8 (3,7)
	50 – 60 ans	4 (1,9)
	60 ans et plus	4 (1,9)
Spécialité		
	Interne de médecine générale	104 (48,4)
	Médecin généraliste	111 (51,6)

**Tableau 1.** Caractéristiques des participants à l'étude

Situation clinique	Suspicion définie par les experts	Suspicion des participants		Prise en charge active	Coefficient de corrélation Questions 1 et 2
		(n = 215) (%)			
Fracture spiroïde du fémur	Faible	96 (44,9)	Modérée <sup>a</sup>	143 (66,8)	0,19
Traumatisme crânien avec fracture pariétale	Faible	46 (21,4)	Faible <sup>a</sup>	78 (36,2)	0,64
Hématome de langue	Élevée	84 (39,1)	Modérée <sup>a</sup>	100 (46,5)	0,85

<sup>a</sup> degré de suspicion des participants : faible < 33% ont répondu aux propositions 4 ou 5 ; moyenne si 33-66% ; forte > 66%.

**Tableau 2.** Réponses des médecins participants sur la suspicion et la prise en charge pour chaque vignette clinique et coefficient de corrélation de Pearson entre les questions 1 et 2 de chaque vignette. Comparaison de la suspicion initiale définie par les experts à la suspicion des médecins participants.

### **III. RÉSULTATS**

#### **1. DESCRIPTION ET CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS**

Du 14 juillet 2022 au 15 août 2022, 215 praticiens ont été recrutés dans cette étude avec aucune exclusion. Les données étaient complètes pour la totalité des sujets. Concernant les caractéristiques démographiques il y avait une majorité de femmes (81.4%). 56,3% des participants sont âgés entre 20 et 30 ans. Les médecins âgés de plus de 50 ans, représentent 1,9 % des participants. La proportion entre médecins généralistes et internes de médecine générale était comparable. Les caractéristiques des médecins participants sont résumées dans le tableau 1.

#### **2. EXPÉRIENCE MÉDICALE DES MÉDECINS**

66% des participants avaient déjà suspecté une maltraitance au cours de leur pratique. 68,8 % n'avaient jamais rédigé d'information préoccupante ou de signalement, alors que 63,3% des personnes interrogées ont connaissance des procédures et des intervenants à contacter.

Par ailleurs, 60 % n'ont jamais pu bénéficier d'une formation sur la maltraitance au cours de leur cursus ou formation continue.

#### **3. SUSPICION DE LA MALTRAITANCE PAR LES PARTICIPANTS**

Les suspicions de maltraitance des médecins experts et des participants pour chaque vignette clinique sont détaillées dans le tableau 2.

La première situation clinique (Fracture du fémur), est définie par les experts comme une suspicion faible de maltraitance. Elle est jugée par les participants comme une suspicion moyenne avec un taux de réponse de 44,9 % aux questions 4 et 5.

La deuxième situation clinique (Traumatisme crânien), est définie par les experts comme une suspicion faible de maltraitance. Elle est jugée par les participants comme une suspicion faible avec un taux de réponse de 21,4 % aux questions 4 et 5.

La troisième situation clinique (Hématome de langue) est définie par les experts comme une suspicion forte de maltraitance. Elle est jugée par les participants comme une suspicion moyenne avec un taux de réponse à 39,4 % aux questions 4 et 5.

#### 4. PRISE EN CHARGE ACTIVE SELON LA SUSPICION DES PARTICIPANTS

Les proportions de prise en charge active en fonction de la suspicion des participants sont présentées dans le tableau 2.

Alors que la suspicion de maltraitance est estimée comme faible par les experts dans la situation n°1 (Fracture du fémur), 66,8 % des participants ont une prise en charge active. Il s'agit du taux de prise en charge le plus important (66,8 %) parmi les trois situations.

Dans le second cas clinique (Traumatisme crânien), 36,2% des participants ont une prise en charge active. Le taux de prise en charge est le plus faible (36,2%).

Pour la dernière vignette (Hématome de langue), 46,5 % des médecins avaient une prise en charge active.

## 5. RECHERCHE D'UNE CORRÉLATION ENTRE LA SUSPICION ET LA PRISE EN CHARGE DES PARTICIPANTS

Les coefficients de corrélation pour chaque situation clinique sont présentés dans le tableau 3. Dans la situation clinique n°1 (fracture du fémur), on retrouve peu de corrélation ( $r=0,19$ ) entre les deux variables que sont la suspicion de maltraitance et la prise en charge. Elle s'explique par un effectif élevé de suspicion incertaine de maltraitance (32,2 %) à la question n°1. Alors que, la prise en charge elle, est active pour 66,8 % des participants.

On retrouve une corrélation forte à 0,63 dans la situation clinique n°2 (traumatisme crânien). En effet 63,8 % des participants ont évalué comme incertaine ou sûrement accidentelle la suspicion de maltraitance et la majorité ne souhaitait pas réaliser d'examen complémentaires. On retrouve une corrélation forte dans la troisième situation clinique (hématome). Ils témoignent d'une association linéaire forte entre la suspicion de maltraitance et la prise en charge. En effet on peut en déduire que les participants ont une prise en charge cohérente avec leur suspicion. La majorité des participants ont une suspicion incertaine ou certainement dû à une maltraitance (61,9 %) et la prise en charge est indifférente ou partiellement active pour 56,7 %.

## 6. RECHERCHE D'UNE VARIABILITÉ, SÉLECTION DES CAS / HÉTÉROGÉNÉITÉ DES RÉPONSES

L'analyse des résultats prend en considération la somme des réponses 4 et 5, selon l'échelle de Likert. Cependant, si l'on considère la médiane, on retrouve systématiquement une majorité de suspicion incertaine pour chacun des trois cas cliniques. Le taux de réponse à la proposition « incertaine » est respectivement de 33,2% pour la situation n°1, 32,1% pour la

Questions	Correction	Réponse correcte (n = 215) (%)	Ne sait pas (n = 215) (%)
La probabilité d'une maltraitance devant une fracture humérale chez le nourrisson (<2ans) est de 25%	FAUX	33 (15,3)	98 (45,6)
Le secouement dans le cadre du syndrome du bébé secoué est toujours un geste violent	FAUX	72 (33,5)	5 (2,3)
La prévalence de la maltraitance physique est estimée à 1-2% en France	FAUX	82 (38,1)	63 (29,3)
L'éthnicité est un facteur de risque de maltraitance	FAUX	127 (59,1)	46 (21,4)
Les brûlures par immersion sont repérables par leur bord net	VRAI	97 (45,1)	85 (39,5)
La prématurité est un facteur de risque de maltraitance	VRAI	184 (85,6)	21 (9,8)
Toute lésion hématique ou ecchymose ou hématome sans explication claire chez le nourrisson qui ne se déplace pas seul nécessite toujours une hospitalisation et un bilan d'hémostase complet	VRAI	180 (83,7)	25 (11,6)

**Tableau 3.** Réponses des médecins participants au questionnaires sur les connaissances générales concernant la maltraitance

situation n°2 et 36,3% pour la 3<sup>e</sup> situation. Plus la situation est inhabituelle et la suspicion élevée, plus le taux d'incertitude augmente.

## 7. QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES GÉNÉRALES CONCERNANT LA MALTRAITANCE

Les réponses des médecins participants au questionnaire sont résumées dans le tableau 3..

Le taux de mauvaise réponses au questionnaire de connaissance s'élevait à 48,52 %.

En moyenne, 22,8 % ne savaient pas la réponse.

Seules les questions concernant la sémiologie des lésions hémorragiques suspectes et les facteurs de risques de maltraitance ont obtenu un taux de réponses justes supérieur à 50 %

En effet 14,4% des participants ne savaient pas que la prématurité était un facteur de risque de maltraitance.

41,4 % des participants estiment que le caractère ethnique prédispose à une maltraitance.

83,7 % des participants réalisaient à raison une hospitalisation et un bilan d'hémostase complet devant toute lésion hématique ou ecchymose ou hématome sans explication claire chez un nourrisson qui ne se déplace pas seul.

Seuls 38,1% avaient connaissance de la prévalence de la maltraitance et 29,3% ne se sont pas prononcés sur la question.

64,7 % des participants pensent à tort que le syndrome du bébé secoué peut survenir en cas de geste non violent.

Devant une fracture humérale chez un nourrisson, seuls 15,3 % savaient que la probabilité d'une maltraitance est de 50%.

## IV. DISCUSSION

### 1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

D'après les informations liées à leur expérience médicale, la majorité de nos candidats avaient déjà fait face à au moins une situation suspicion de maltraitance au cours de leur exercice.

Ce résultat s'oppose au faible taux d'écrits adressés aux autorités compétentes, déclaré par les médecins interrogés. Le dysfonctionnement majeur mis en lumière est l'omission d'un signalement ou d'une information préoccupante par les médecins généralistes.

La mise en situation par le biais des cas cliniques, souligne l'incertitude diagnostic qui règne chez les médecins généralistes. La plupart des médecins ont estimé que les situations étaient trop ambiguës pour juger d'une suspicion de maltraitance. Les résultats de notre étude alertent sur le sous-diagnostic des cas définis comme à haut risque de maltraitance.

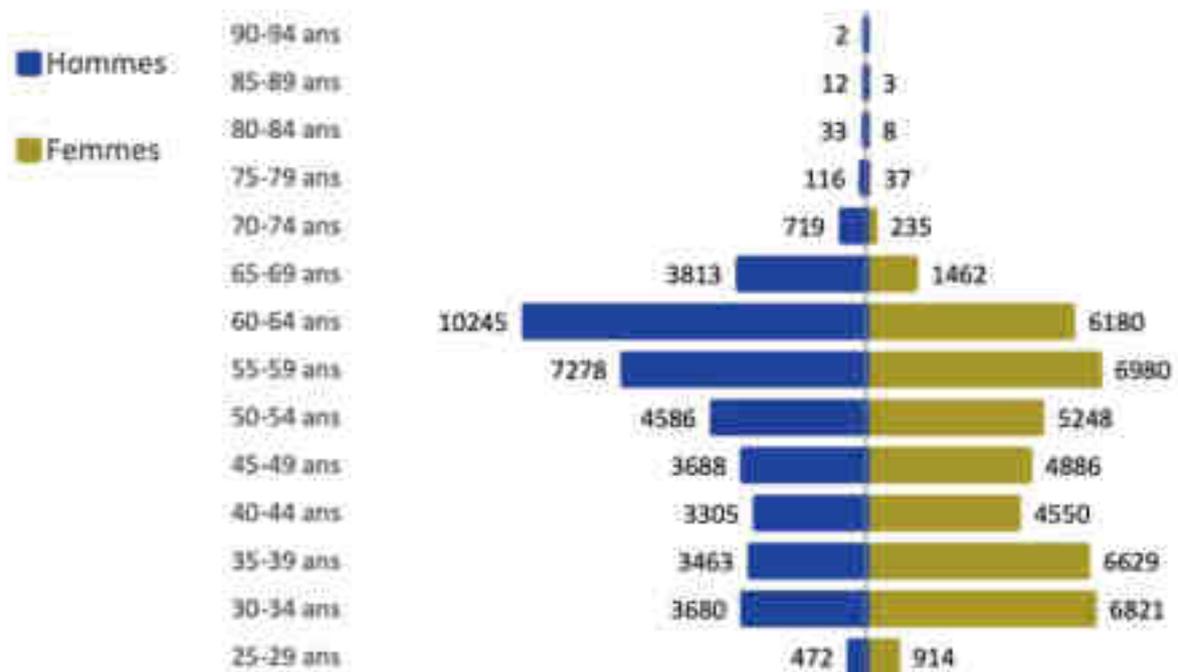
Au total, notre travail souligne l'incapacité des médecins à suspecter le diagnostic de maltraitance et à initier les mesures de protection.

De surcroît, les réponses aux questions théoriques montre que les connaissances fondamentales des médecins sur la maltraitance infantile restent médiocres.

### 2. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

#### a. Forces de l'Étude

Nous avons établi des questions à choix multiples pour permettre aux médecins de répondre en un temps restreint au questionnaire et, de cette façon, nous espérons atteindre un effectif plus important. Ce type de questions nous a permis d'établir un score statistique pour évaluer



**Figure 3.** Pyramides des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1<sup>er</sup> janvier 2022, CNOM, (48).

la variabilité de diagnostic et de prise en charge des médecins face à une situation suspecte de maltraitance.

La puissance de l'étude est valorisée par le nombre important de participants. De même, la répartition entre médecins généralistes et internes est équilibrée.

## b. Limites de l'Étude

L'échantillon interrogé lors de notre étude est partiellement représentatif de la population actuelle des médecins généralistes, limitant ainsi la validité externe.

D'après la pyramide des âges des médecins généralistes au 1<sup>er</sup> janvier 2021 représentée sur la figure Les hommes et la classe d'âge des plus de 50 ans sont sous-représentés par rapport à la population cible (Figure 3). En effet la majorité des hommes médecins sont âgés entre 55 et 64 ans. Les deux classes d'âge de la majorité des femmes médecins sont 55 à 59 ans ou 30 à 34 ans (48).

Toutefois, la moitié des effectifs de notre étude sont des internes de médecine générale dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans, ce qui a pu surestimer la proportion de cette classe d'âge au sein de notre étude.

La méthode utilisée pour diffuser le questionnaire est à l'origine d'un biais de sélection. Seuls les médecins disposant d'un compte Facebook ont pu répondre au questionnaire en ligne. Il serait intéressant de compléter les données en ayant recours aux canaux de diffusion par mail des Union régionales des professionnels de santé (URPS) ou à l'Ordre de Médecins pour contourner ce biais.

Notre étude est basée sur une enquête déclarative. Nous ne pouvons exclure la présence d'un biais déclaratif. Les médecins ont pu donner les réponses qu'ils pensaient être attendues de

leurs parts. Néanmoins, le questionnaire étant anonyme, ils n'avaient pas d'intérêt personnel à adapter leur réponse.

Dans la première partie du questionnaire, les questions « fermées » n'ont pas permis aux médecins de décrire précisément leur prise en charge face à une situation suspecte de maltraitance. Il en résulte une perte d'information et de nuance. Par ailleurs, nous n'avons pas d'informations sur le type d'exercice des médecins interrogés (libéral, salarié, pourcentage de patientèle pédiatrique).

### 3. SAVOIR ÉVOQUER LA MALTRAITANCE : UN 1ER PAS EN AVANT MAIS INSUFFISANT

Dans un premier temps, le principal enjeu est de renforcer le diagnostic de maltraitance. Une étude réalisée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur révèle que 55,1% des médecins généralistes participants s'étaient déjà retrouvés face à une situation d'enfant en danger au cours de leurs carrières (49). Ces chiffres sont rationnels avec les résultats obtenus dans notre travail où 66% des participants avaient déjà suspecté une maltraitance. D'après un travail sur les connaissances des médecins généralistes en Ile et Vilaine, près de 90% des praticiens évoquaient des difficultés au diagnostic (50). L'équipe du Dr Flaherty a analysé les données d'un échantillon de 400 médecins ayant réalisé plus de 15 000 consultations pour des lésions traumatiques. Un tiers des lésions considérées comme « probablement » ou « très probablement » dues à une maltraitance n'ont pas été signalées aux autorités, de même que deux tiers des lésions considérées comme « possiblement » dues à une maltraitance (51). L'étude SPENCER, réalisée à partir d'une cohorte anglaise, montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée de maltraitance (52). En France, selon le rapport de l'INSERM de 2011, 22% des bébés secoués étaient nés prématurément (37). Une équipe américaine a recherché la présence de lésions

radiographiques suspectes de maltraitance au sein de la fratrie d'enfants maltraités. 12 % des frères et sœurs asymptomatiques présentaient des lésions radiographiques suspectes (53).

Une étude observationnelle alsacienne, réalisée en 2022, constate que le principal frein à la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement pour 76,3 % des médecins interrogés est l'incertitude de leur diagnostic (54). Ce résultat est cohérent avec le phénomène observé dans notre étude. Vraisemblablement, le doute des médecins face à une situation de maltraitance est significatif et impacte aussi bien leur jugement que la prise en charge.

Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger, même en dehors de l'urgence immédiate, la majorité des enfants sont adressés à l'hôpital. Les urgences pédiatriques, constituent les interlocuteurs privilégiés des médecins libéraux devant une suspicion de maltraitance. Un rapport remis au Sénat, en 2013, propose de désigner dans chaque service départemental de Protection Maternelle et Infantile un médecin référent. Il aurait pour mission d'établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département concerné (55). Le déploiement sur tout le territoire des Unités d'Accueil Pédiatriques des Enfants en Danger (UAPED) devrait contribuer à une uniformisation des pratiques dans le dépistage des maltraitements et le parcours de soins des victimes mineures. Il s'agit d'un axe important du plan de lutte 2020-2022 contre les violences faites aux enfants, opté par le Ministère des Solidarités et de la Santé, et soutenu par la Société Française de Pédiatrie Médico-Légale. Ces unités, initialement créées et développées par l'association La Voix de l'Enfant, permettent un maillage territorial. Elles ont pour objectif une collaboration judiciaire et médicale au sein d'un centre hospitalier (56). Les UAPED sont des lieux uniques propices au recueil de la parole du mineur dans des conditions adaptées et sécurisantes. Précisément, la singularité de ce dispositif réside dans la possibilité d'une audition filmée dans leurs locaux pour les besoins de l'enquête judiciaire.

Le deuxième enjeu relève de la prise en charge des enfants maltraités. La majorité des praticiens de notre étude avaient connaissance des interlocuteurs à contacter. Mais seuls 31,2 % avaient déjà rédigé une information préoccupante ou un signalement. Des études françaises observent que les pédiatres, et surtout les généralistes, connaissent mal le circuit de la protection de l'enfance en France. Une étude épidémiologique, réalisée auprès de médecins généralistes en 2017, souligne que le terme d'information préoccupante était inconnu pour 70,1 % d'entre eux. Dans ce sens, 77,2 % des médecins ne savaient pas à qui l'adresser. La différence entre signalement et information préoccupante était ignorée par 79,5 % des médecins généralistes (50). Il existe un certain danger à méconnaître le parcours de soins en cas de suspicion de maltraitance, notamment si le médecin omet la valeur obligatoire du signalement (57). Demeure alors une réelle marge de progression, d'autant plus que les médecins sont seulement à l'origine de 2 % des signalements en France. La transmission de ces informations doit être la plus claire possible, sans jugement de valeur ni mise en cause d'un tiers. La communication avec les parents peut être difficile. Pourtant, de la qualité de cette déclaration, dépendront les suites de la prise en charge et la collaboration future avec la famille. L'annonce d'une information préoccupante ou d'un signalement doit être semblable à celle d'une maladie grave et complexe. Les enjeux sont multiples : réduire le risque de rupture de soins, éviter les diagnostics erronés, réduire la morbidité et la mortalité des mineurs concernés. Il s'agit également de diminuer les risques de réactions agressives voire de plaintes de la part des familles, suite à des prises en charges particulièrement mal vécues (58). Dans le Finistère, un guide a été établi à l'attention des familles. Il rappelle les droits des parents, l'objectif de l'évaluation de la situation, son déroulement et les suites possibles (59). Pour faciliter cet échange, l'équipe du Docteur Ayou a rédigé, en septembre 2022, une grille de critères à l'usage des médecins basé sur les recommandations de bonnes pratiques de « l'annonce d'une mauvaise nouvelle ». Ce modèle a été mis en application par la simulation en santé. L'outil d'entretien à l'acronyme PROTECT s'intitule ainsi :

- P pour Plusieurs (ne pas rester seul),
- R pour Rester soignant, en ne devenant ni enquêteur ni juge,
- O pour Obligation de protection envers le mineur,
- T pour Temps d'entretien suffisant mais limité,
- E pour Expliquer ce qui inquiète les professionnels,
- C pour Centrer le discours sur l'enfant et ses besoins,
- T pour Totalité de la prise en charge qui doit intégrer la santé somatique, psychique et sociale de l'enfant, de manière globale et interdisciplinaire, en collaboration avec les institutions intervenant dans la protection de l'enfance, et en incluant l'enfant dans cette démarche

Comme solution à ces obstacles rencontrés lors de la rédaction d'un signalement, les chercheurs supposent qu'un retour d'information de qualité de la part des autorités compétentes pourrait agir comme un renforcement positif (60). Dans ce sens, en 2020, un travail de thèse sur le repérage des enfants en danger signale que seuls 27% des médecins ont bénéficié d'un retour de l'évolution de la situation après un signalement (61). De plus, il a été mis en évidence que la réalisation d'un signalement était sans influence sur le suivi médical après six mois et qu'il n'y avait par conséquent pas de perte de suivi par les médecins généralistes.

Le travail de la CRIP est justement d'étudier une situation qui a interrogé ou fait douter le médecin. Une information préoccupante, même classée sans suite, laisse toujours « une trace ». A l'occasion de la réouverture d'un dossier, celle-ci pourra venir appuyer l'enquête en cours. Une publication américaine observe que pour 378 informations préoccupantes classées sans suite, 81% des enfants concernés avaient fait l'objet d'une nouvelle information. Parmi ces nouvelles informations préoccupantes, deux tiers ont fait l'objet d'une enquête judiciaire (62). Ces résultats sont inquiétants. Ils soulignent le risque élevé de survenue d'un nouvel événement

compromettant la sécurité de l'enfant, malgré un classement sans suite d'une première information préoccupante.

Un autre obstacle retrouvé dans différents travaux est l'aversion qu'éprouvent les médecins face à ces violence. Celle-ci s'associeraient aux barrières personnelles, telles que la crainte d'une suspicion injustifiée, la peur de nuire à la famille, la crainte de répercussions sur le plan pénal et personnel (63)

Un des résultats mis en avant dans notre étude est la faiblesse des acquis des médecins généralistes et des internes concernant la maltraitance. Le manque de formation est une des explications à l'insuffisance de connaissance des médecins. En effet, le sujet de la maltraitance n'est traité qu'en une heure de cours pendant l'externat et représente un seul item sur les 362 à préparer pour le concours de l'internat. Ce thème mériterait d'être traité de manière obligatoire lors du cursus des diplômes d'études spécialisées en médecine générale et en pédiatrie, mais aussi en chirurgie pédiatrique et en psychiatrie. Menoch et al. constatent la déficience des acquis de la part des internes et des pédiatres dans les services de pédiatrie générale et d'urgences aux États-Unis. Le score de réponses justes à leur questionnaire de connaissances s'élevait à 63,3 % (64). Une thèse de médecine générale s'intéressant à la formation des médecins généralistes, exerçant depuis plus de 20 ans dans la région Auvergne-Rhône-Alpes rapportait que seul 13% des médecins déclaraient avoir reçu un enseignement de qualité (65). Une étude européenne évaluant la formation des pédiatres a, par ailleurs, indiqué une corrélation statistiquement significative entre le nombre d'heures de formation effectuées et le dépistage des cas (66). Balençon et al. s'aperçoivent que 80 % des médecins généralistes formés à l'information préoccupante en avaient déjà rédigé une, contre 45,5 % des médecins non formés (50). La CRIP occupe, depuis la loi du 14 mars 2016, un rôle dans la formation des professionnels de santé et de leurs étudiants. Celle-ci n'est pas réalisée dans toutes les régions et l'efficacité d'une telle mesure n'a pas encore été démontrée.

**TABLE 1** “Escape Form”: Checklist for Potential Child Abuse Used at Emergency Departments<sup>a</sup>

Is the history consistent?	Yes	No <sup>a</sup>
Was there unnecessary delay in seeking medical help?	Yes <sup>a</sup>	No
Does the onset of the injury fit with the developmental level of the child?	Yes/NA	No <sup>a</sup>
Is the behavior of the child/the carers and the interaction appropriate?	Yes	No <sup>a</sup>
Are the findings of the top-to-toe examination in accordance with the history?	Yes	No <sup>a</sup>
Are there any other signals that make you doubt the safety of the child or other family members?	Yes* <sup>a</sup>	No
*If ‘Yes’ describe the signals in the box ‘Other comments’ below.		
Other comments		

NA, not applicable.

<sup>a</sup> If one of these answers is selected, the risks of child abuse could be increased and additional action is recommended.

**Figure 4.** Test de Dépistage de Maltraitance « ESCAPE FORM » (68).



**Figure 5.** Infographie du test de dépistage de maltraitance TEN-4-FACESp chez les enfants âgés de moins de 4 ans (69).

Il est indispensable de renforcer les stratégies de lutte contre les mauvais traitements par le dépistage le plus précoce possible des facteurs de risque. Uniformiser les pratiques est un enjeu d'autant plus important qu'un diagnostic erroné peut avoir des conséquences graves pour la santé de l'enfant. En particulier, des résultats faussement négatifs exposent les nourrissons à un risque de récurrence de maltraitance estimé entre 35% et 50% (67).

Des chercheurs de l'Inserm et des enseignants-chercheurs d'Université de Paris au Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques (CRES), de l'AP-HP et du CHU de Nantes, en 2022, ont analysé et comparé différentes recommandations cliniques publiées dans quinze pays. Ils ont observé une disparité de prise en charge importante à la fois entre les différents pays et au sein d'un même pays. Ces résultats soulignent la nécessité d'un processus de consensus international afin de produire des recommandations claires et standardisées pour renforcer les pratiques des professionnels de santé dans le diagnostic de la maltraitance physique infantile (67).

De même, créer un outil de dépistage standardisé rappelant les facteurs de risque et les signes cliniques évoquant une maltraitance, permettrait d'optimiser le repérage précoce. Une étude néerlandaise a observé une augmentation du dépistage de maltraitance après l'introduction d'une liste de vérification aux urgences pédiatriques. Le taux de dépistage de maltraitance était cinq fois plus élevé après utilisation du test (68). Le test est appelé ESCAPE FORM, et correspond à une check-list composée de six questions (figure 4). Il est complété par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) des urgences qui alerte le médecin lorsqu'elle obtient au moins une affirmation à l'une des questions.

En 2021, le test de dépistage américain TEN-4-FACESp a été évalué grâce à une étude rétrospective. 2182 enfants de moins de 4 ans présentant des ecchymoses ont été inclus au sein de cinq services d'urgences pédiatriques de Chicago. L'objectif de cette étude était de valider une règle de décision clinique relative aux ecchymoses d'allures suspectes (figure 5). De

ce fait, cette règle de décision clinique présente une sensibilité de 96% et une spécificité de 87% pour le dépistage de maltraitance physique en fonction de la localisation des ecchymoses chez les nourrisson de moins de 4 ans (69).

Certains départements français ont mis en place des livrets d'explications et d'aides à la prise en charge destinés aux médecins généralistes, afin de combler la solitude et le manque de temps qu'impose l'exercice libéral (70). Une vingtaine de guides ont été recensés sur le territoire. Leur contenu bien que similaire, reste peu approprié à une pratique quotidienne étant trop souvent dense et complexe. Récemment, une thèse en vue de la création d'un guide pratique de dépistage et de prise en charge de la maltraitance en médecine libérale, a déterminé des items indispensables :

- Le repérage des signaux d'alerte
- Les critères d'urgences devant être à l'origine d'un signalement judiciaire
- La prise en charge au cabinet
- Les coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance

A l'ère du numérique, il serait utile de créer une application ou un site web dédié au repérage de la maltraitance. Un algorithme de prise en charge en fonction de l'urgence, ainsi qu'une check-list de signes cliniques, aiderait le médecin à pallier cette incertitude de ce diagnostic. Un modèle prérempli de signalement prêt-à-imprimer permettrait un gain de temps. D'autre part, il pourra être enrichi d'un répertoire actualisé des différents intervenants départementaux.

Depuis peu, l'émancipation autour du combat contre les violences de toute nature a entraîné la révision des idées reçues. Janvier 2021, signe la naissance de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE). Elle a pour mission de recueillir le témoignage de victimes afin d'améliorer les politiques publiques. Son co-président,

le juge pour enfant Edouard Durand s'exprime ainsi « Nous vivons aujourd'hui un phénomène qui a quelque chose d'inédit. On ne peut pas dire que les victimes n'ont jamais parlé. Ce qu'on peut dire, c'est qu'elles n'ont pas été entendues et qu'elles n'ont pas été crues. Ce qui change, aujourd'hui, c'est que la société se sent comptable de la protection des enfants victimes de violences ».

## V. CONCLUSION

Dans notre étude, les situations suspectes de maltraitance ont été sous diagnostiquées et jugées comme incertaines d'après les participants. En effet, la majorité des participants ne se sont pas prononcés ni sur le diagnostic, ni sur la prise en charge.

Préoccupation majeure en santé publique, la maltraitance présente une prévalence de l'ordre de 20 % en France. Les violences subies par les enfants et les adolescents sont accablantes. L'impact négatif est considérable. La lutte contre la maltraitance infantile est le dessein de la Société Française de Médecine Légale Pédiatrique fondée en 2016. On observe, depuis vingt ans, un progrès du corps médical concernant la sensibilisation et les compétences dans la prise en charge des cas de maltraitance. Bien que le diagnostic de maltraitance soit évoqué sans tabou, notamment en médecine générale, rares sont les médecins qui rédigent un signalement. Les disparités de prise en charge ont tendance à concerner surtout les situations où la suspicion n'est pas formelle. Il faut garder à l'esprit que les violences peuvent se poursuivre et se perpétuer au sein même des structures d'aides à l'enfance. La loi du 7 février 2022, relative à la protection des enfants, inclut de nouvelles modalités afin d'améliorer les conditions de vie des mineurs placés et de prévenir les risques de maltraitance au sein de leur prise en charge.

Il est urgent que la communauté médicale se positionne et considère la maltraitance infantile comme un diagnostic, au même titre que d'autres maladies. De manière objective et guidée par la médecine basée sur les preuves, un dépistage systématique et des mesures de prévention primaires et secondaires sont indissociables à l'amélioration des pratiques.

Compte tenu de la pluridisciplinarité des intervenants de la protection de l'enfance, il s'agira à l'avenir d'intégrer une collaboration pérenne et durable entre les médecins généralistes, les pédiatres, les PMI, les UAPED en association avec la CRIP afin de suppléer au sous-diagnostic de la maltraitance.

Vaincre les violences faites aux enfants est un combat sine qua non commun à tous les citoyens. L'enfant, et lui seul, est l'avenir de l'humanité. Notre devoir est de lui apporter un monde meilleur dans lequel il puisse s'épanouir, se sentir protégé, se développer en toute sécurité.



# BIBLIOGRAPHIE

1. Familles et châtements. In Paris Presses Universitaires de France; 2011. p. 18-32. (Que sais-je ?; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-sanction-en-education--9782130591498-p-18.htm>
2. Caspard P. Arlette Farge, Vivre dans la rue à Paris au XVIIIe siècle, Paris, Gallimard -Julliard, 1979, (Coll. Archives). Hist Léducation. 1979;41-41.
3. Arveiller J. Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXe siècle. L'Évolution Psychiatr. avr 2011;76(2):219-43.
4. Dictionnaire de l'Académie française. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0406>
5. Maltraitance des Enfants - Organisme mondial de la Santé [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
6. Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection. Rapport d'élaboration de recommandations de bonne pratique 2014. Haute Autorité de Santé (HAS) [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
7. Article 375 du Code civil [cité 11 août 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000045136798](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136798)
8. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? - Ministère de la Santé et de la Prévention. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitements/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
10. Les maltraitements psychologiques à l'égard des enfants PSY.be. 2007 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.psy.be/fr/conseils/les-maltraitements-psychologiques-legard-des-enfants-0>
11. Article 222-14-3 du Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022469908](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022469908)
12. Les abus sexuels sur les mineurs [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/lc/lc21/lc210.html>
13. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics. janv 1999;103(1):186-91.
14. Examen d'une victime présumée d'agression à caractère sexuel . [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.medileg.fr/Examen-d-une-victime-presumee-d>
15. Fortin K. When Child Neglect Is an Emergency. Clin Pediatr Emerg Med. sept 2020;21(3):100784.
16. Section 5 : De la mise en péril des mineurs (Articles 227-15 à 227-28-3) [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165321/>
17. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. mai 1998;14(4):245-58.
18. Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. Child Abuse Negl. nov 2001;25(11):1439-61.
19. Greene CA, Haisley L, Wallace C, Ford JD. Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. Clin Psychol Rev. août 2020;80:101891.
20. Protection de l'enfance - Ministère de la Santé et de la Prévention [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

21. Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance - Ministère de la Santé et de la Prévention [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en>
22. Article 371-1 du Code civil [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038749626](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626)
23. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1). 2016-297 mars 14, 2016.
24. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
25. État des lieux de la mise en place des observatoires départementaux de la protection de l'enfance en France en 2020. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_odpe\\_2020.pdf](https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_odpe_2020.pdf)
26. Seizième rapport de l'ONPE. 2022. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/cp2022-05-\\_publication\\_du\\_16eragp-onpe-220722.pdf](https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/cp2022-05-_publication_du_16eragp-onpe-220722.pdf)
27. 119 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/presentation>
28. Le SNATED | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/snated>
29. Chapitre 1er : Service de l'aide sociale à l'enfance. (Articles L221-1 à L221-9) [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157582/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157582/)
30. Signalement et information préoccupante. Rapport du Conseil national de l'ordre des médecins 2016
31. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation - Ministère de la Santé et de la Prévention [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/la-cellule-departementale-de-recueil-de-traitement-et-d-evaluation>
32. Modèle de signalement pour les sévices sur mineur Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>
33. Placement d'un enfant sur décision judiciaire [Internet]. <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
34. Investir dans l'enfance: le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 . [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/253731/64wd13f\\_InvestChildMaltreat\\_140439.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/253731/64wd13f_InvestChildMaltreat_140439.pdf)
35. European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services. La violence à l'égard des enfants dans l'UE: état des lieux: analyse approfondie. [Internet]. LU: Publications Office; 2014 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2861/73756>
36. Seizième rapport de l'ONPE. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp\\_2022\\_v5\\_0.pdf](https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf)
37. Bilan relatif à l'activité du 119. Période de confinement du 18 mars au 10 mai 2020 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/ra\\_giped\\_2020\\_complet\\_web.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/ra_giped_2020_complet_web.pdf)
38. Tursz DA. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels.
39. Taquet A. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants : 2 ans après.
40. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France: quelle est la part des homicides? Numéro thématique. Morts inattendues du nourrisson. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:

<https://www.santepubliquefrance.fr/notices/etude-epidemiologique-des-morts-suspectes-de-nourrissons-en-france-quelle-est-la-part-des-homicides-numero-thematique.-morts-inattendues-du-nou>

41. Chiffres départementaux mensuels relatifs aux crimes et délits enregistrés par les services de police et de gendarmerie depuis janvier 1996 - data.gouv.fr [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/chiffres-departementaux-mensuels-relatifs-aux-crimes-et-delits-enregistres-par-les-services-de-police-et-de-gendarmerie-depuis-janvier-1996/>
42. Médecin généraliste - Ministère de la Santé et de la Prévention [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
43. Le parcours médical hospitalier et libéral des enfants maltraités physiquement en France : suivi jusqu'à 5 ans | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/recherche-parcours-medical-hospitalier-et-liberal-enfants-maltraites-physiquement-en>
44. Wood JN, Hall M, Schilling S, Keren R, Mitra N, Rubin DM. Disparities in the evaluation and diagnosis of abuse among infants with traumatic brain injury. *Pediatrics*. sept 2010;126(3):408-14.
45. Ledoyen A, Bresson V, Dubus JC, Tardieu S, Petit P, Chabrol B, et al. Explorations complémentaires face à une situation d'enfant en danger : état des lieux des pratiques en France en 2015. *Arch Pédiatrie*. 1 sept 2016;23.
46. Article 226-14 du Code pénal [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417947/2002-01-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417947/2002-01-01)
47. Enquête Nationale des Informations Préoccupantes - ONPE [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete\\_ip\\_201110\\_5.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf)
48. Atlas de démographie médicale - CNOM [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
49. Simeon S. Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA. Thèse d'exercice de médecine 25 juin 2018;81.
50. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun JF, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. *Arch Pédiatrie*. 1 janv 2016;23(1):21-6.
51. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. sept 2008;122(3):611-9.
52. 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.
53. Lindberg DM, Shapiro RA, Laskey AL, Pallin DJ, Blood EA, Berger RP, et al. Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. *Pediatrics*. août 2012;130(2):193-201.
54. Gateau M. Transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes du Bas-Rhin dans le cadre du repérage du risque de maltraitance infantile: thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine, diplôme d'État, mention Médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2022 Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_GATEAU\\_Manon.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_GATEAU_Manon.pdf)
55. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-655.html>
56. INSTRUCTION N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 14 sept

2022].

Disponible sur: [https://www.sfpediatricie.com/sites/www.sfpediatricie.com/files/medias/documents/2021\\_220\\_0.pdf](https://www.sfpediatricie.com/sites/www.sfpediatricie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf)

57. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics Med Public Health*. janv 2015;1(1):11-8.

58. Ayou C, Vabres N, Poullaouec C, Lemesle M, Gras-le Guen C, Launay E, et al. Information préoccupante ou signalement dans les violences intrafamiliales : construction, validation et mise en application d'une grille d'annonce par technique de simulation en santé avec patients standardisés. *L'Encéphale* 5 sept 2022 [cité 14 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700622001610>

59. Comprendre l'information préoccupante - Publications - Département du Finistère - [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.finistere.fr/Publications/Comprendre-l-information-preoccupante>

60. Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, et al. Évaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance. *Arch Pédiatrie*. avr 2018;25(3):207-12.

61. Bellay F. Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger. 10 nov 2021;74.

62. Jedwab M, Harrington D, Dubowitz H. Predictors of substantiated re-reports in a sample of children with initial unsubstantiated reports. *Child Abuse Negl*. juill 2017;69:232-41.

63. Wattel I. Portrait des conséquences associées aux maltraitements infantiles intrafamiliales à partir d'une recension d'écrits scientifiques. *Psycause Rev Sci Étud L'École Psychol Univ Laval*. 28 juill 2020;10(1):28-44.

64. Menoch M, Zimmerman S, Garcia-Filion P, Bulloch B. Child Abuse Education: An Objective Evaluation of Resident and Attending Physician Knowledge. *Pediatr Emerg Care*. oct 2011;27(10):937-40.

65. Hanaoui-Atif HE. Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes. 11 juin 2012;72.

66. Nigri P, Corsello G, Nigri L, Bali D, Kuli-Lito G, Plesca D, et al. Prevention and contrast of child abuse and neglect in the practice of European paediatricians: a multi-national pilot study. *Ital J Pediatr*. 3 mai 2021;47(1):105.

67. Blangis F, Allali S, Cohen JF, Vabres N, Adamsbaum C, Rey-Salmon C, et al. Variations in Guidelines for Diagnosis of Child Physical Abuse in High-Income Countries: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 17 nov 2021;4(11):e2129068.

68. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJH, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert AFSR, et al. Effects of Systematic Screening and Detection of Child Abuse in Emergency Departments. *Pediatrics*. 1 sept 2012;130(3):457-64.

69. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 14 avr 2021;4(4):e215832.

70. Guide Destiné aux médecins libéraux face à l'enfant en danger de la région Provence-Alpes- Côte d'Azur [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2017/03/GuideMaltraitEnfants.pdf>

# ANNEXE

## Premièrement, quelques questions vous concernant :

1. Vous êtes :

- Femme
- Homme

2. Vous avez :

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

4. Vous êtes :

- Médecin Généraliste
- Interne en Médecine Générale

3. Avez-vous déjà suspecté une maltraitance parmi un des enfants que vous avez pu prendre en charge ?

- Oui
- Non

4. Si oui, avez-vous déjà contribué à rédiger une information préoccupante ou un signalement ?

- Oui
- Non

6. Au sein de votre département, connaissez-vous les procédures et les différents intervenants que vous pouvez contacter dans le cadre d'un signalement ?

- Oui
- Non

7. Avez-vous bénéficié d'une formation sur la maltraitance lors de votre internat ou à lors d'une Formation Médicale Continue ?

- Oui
- Non

## Deuxièmement, quelques vignettes cliniques :

Un nourrisson de **14 mois** consulte aux urgences pour **pleurs inexplicables** avec **refus de la marche**. La mère vous rapporte que la veille au soir, elle était dans la cuisine avec le père en train de faire la vaisselle lorsqu'ils ont entendu leur fils pleurer pendant qu'il jouait dans son parc à barreaux dans le salon. Lorsqu'elle est arrivée dans le salon, l'enfant était assis par terre et pleurait. Pensant qu'il était fatigué, la mère est allée le coucher et il s'est endormi rapidement. Ce matin au réveil, l'enfant refuse de poser le pied gauche à terre et refuse de marcher. Il a acquis la marche depuis 2 mois. Vous réalisez une radiographie de la cuisse gauche qui retrouve une **fracture spiroïde du fémur** sans rupture du périoste.

1. Selon les informations dont vous disposez dans ce cas clinique, vous pensez que cette blessure est :

Question à réponse unique

1.  sûrement accidentelle
2.  probablement accidentelle
3.  incertaine
4.  probablement dû à une maltraitance
5.  sûrement dû à une maltraitance

2. Vous réalisez une radiographie de squelette complet à la recherche d'un syndrome de Silverman (recherche de lésions osseuses anciennes et récentes faisant suspecter une maltraitance) :

Question à réponse unique.

1.  fortement en désaccord
2.  en désaccord
3.  indifférent
4.  d'accord
5.  tout à fait d'accord

Un nourrisson de 24 mois consulte aux urgences pour un traumatisme crânien. Les parents vous rapportent que leur enfant serait tombé du canapé en l'escaladant et qu'il aurait chuté sur l'arrière de la tête sur un sol en carrelage. Il aurait pleuré tout de suite et n'aurait pas perdu connaissance. La chute se serait passée il y a moins d'une heure. A l'examen clinique vous découvrez un volumineux hématome au niveau de l'arrière du crâne ainsi qu'une douleur à la palpation du scalp en regard. Vous réalisez un scanner cérébral qui retrouve une fracture pariéto-occipitale gauche, linéaire, de 3 cm de long, avec un hématome sous cutané en regard, sans hémorragie intracrânienne associée

1. Selon les informations dont vous disposez dans ce cas clinique, vous pensez que cette blessure est :

Question à réponse unique.

6.  sûrement accidentelle
7.  probablement accidentelle
8.  incertaine
9.  probablement dû à une maltraitance
10.  sûrement dû à une maltraitance

2. Vous réalisez une radiographie de squelette complet à la recherche d'un syndrome de Silvermann :

Question à réponse unique.

- 6.  fortement en désaccord
- 7.  en désaccord
- 8.  indifférent
- 9.  d'accord
- 10.  tout à fait d'accord

Un nourrisson de **9 mois** consulte aux urgences pour des **difficultés d'alimentation depuis 3 jours**. La mère vous raconte qu'il pleure lorsqu'elle lui donne le biberon, dès la première succion, et qu'il refuse la diversification à la cuillère. Il n'a par ailleurs pas de rhinite, de toux, de vomissement ni de trouble du transit. Vous évaluez la perte de poids à -3% de son poids. A l'examen clinique vous retrouvez un **hématome de langue**. La mère n'a pas d'explication pour cette lésion. Vous adressez l'enfant en consultation ORL qui conclue à un hématome causé par la tétine.

1. Selon les informations dont vous disposez dans ce cas clinique, vous pensez que cette blessure est :

- 1.  sûrement accidentelle
- 2.  probablement accidentelle
- 3.  incertaine
- 4.  probablement dû à une maltraitance
- 5.  sûrement dû à une maltraitance

2. Vous prescrivez un bilan d'hémostase qui est normal. Vous hospitalisez alors l'enfant pour une évaluation psycho sociale et rédigez en fonction un signalement :

Question à réponse unique.

- 1.  fortement en désaccord
- 2.  en désaccord
- 3.  indifférent
- 4.  d'accord
- 5.  tout à fait d'accord

**Pour terminer, nous vous proposons quelques questions pour évaluer les connaissances générales des médecins concernant la maltraitance en pédiatrie :**

Prévalence :

1) La prévalence de la maltraitance physique est estimée à 1-2% en France :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

3) Les brûlures par immersion sont repérables par leur bord net :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

4) Le secouement dans le cadre du syndrome du bébé secoué n'est pas toujours un geste violent :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

Facteurs de risque connus :

5) L'origine ethnique :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

6) La prématurité :

Question à réponse unique.

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

7) La probabilité d'une maltraitance devant une fracture humérale chez le nourrisson (<2ans) est de 25% :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

8) Toute lésion hématique ou ecchymose ou hématome sans explication claire chez le nourrisson qui ne se déplace pas seul nécessite toujours une hospitalisation et un bilan d'hémostase complet :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine  
maïeutique et sciences de la santé  
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : SCHUELEBERGER Prénom : Mathilde

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 peut constituer 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 ».

Signature originale :

À Paris le 01 08 2022

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

# ÉTUDE DE LA VARIABILITÉ DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS FACE À UNE SITUATION SUSPECTE DE MALTRAITANCE INFANTILE ET CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA MALTRAITANCE INFANTILE

**Contexte** : La maltraitance infantile est un fléau de la société dont la prévalence dans les pays développés s'élève à plus de 20%. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours dans le suivi des enfants. Il est considéré comme un acteur majeur des actions de prévention et de dépistage. Toutefois, il est le praticien qui signale le moins. Le manque de connaissances et la rareté de formation sur le sujet rassemblent une partie des raisons pouvant expliquer ce défaut de dépistage. L'hétérogénéité des pratiques et l'absence de recommandations internationales unanimes peut aussi être à l'origine d'une disparité de diagnostic et de prise en charge.

**Objectifs** : Étudier la variabilité de diagnostic et de prise en charge des médecins face à des situations suspectes de maltraitance. L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances sur la maltraitance infantile chez les médecins. Ces éléments nous permettront de cibler les fondements nécessaires à la réalisation d'une formation dédiée aux médecins généralistes.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude observationnelle transversale réalisée à l'aide d'une enquête en ligne par le biais d'un questionnaire Google Survey. Le questionnaire comportait trois parties distinctes : le recueil de données démographiques, trois vignettes cliniques et un questionnaire de connaissances générales concernant la maltraitance infantile. Le lien du questionnaire a été diffusé auprès d'internes de médecine générale via les pages Facebook de différentes promotions d'internes de France. Il a aussi été transmis aux médecins généralistes par mail et via les pages Facebook d'annonces de remplacement nationales. Les vignettes cliniques étaient classées selon un degré de suspicion de maltraitance pour chacune (faible, modérée, forte), défini par des experts. Pour chaque vignette les participants devaient répondre à deux questions : la première concernait leur degré de suspicion de maltraitance (de 1 à 5), et la deuxième concernait leur adéquation avec la prise en charge proposée (de 1 à 5).

**Résultats** : Le nombre de candidats ayant répondu s'élève à 215. La majorité de nos candidats avaient déjà suspecté une maltraitance infantile mais n'avaient jamais rédigé d'information préoccupante ou de signalement alors qu'ils avaient la connaissance des procédures et des intervenants à contacter. La suspicion de maltraitance des médecins est insuffisante devant les situations à haut risque. En effet les situations où un signalement est nécessaire sont les moins diagnostiquées. Dans notre étude, les situations suspectes de maltraitance ont été sous-diagnostiquées et jugées comme incertaines d'après les participants. En effet, la majorité des participants ne se sont pas prononcés ni sur le diagnostic ni sur la prise en charge. Les résultats obtenus au questionnaire de connaissances confirment la faiblesse des acquis des médecins généralistes et des internes sur la maltraitance. Le taux de bonnes réponses s'élevait à 51,48 %.

**Conclusion** : On observe depuis vingt ans dans le monde entier, un progrès du corps médical concernant la sensibilisation et les compétences dans la prise en charge des cas de maltraitance. Les disparités de prise en charge ont tendance à concerner surtout les situations où la suspicion de n'est pas formelle. Promouvoir la mise en place d'un repérage précoce et renforcer la formation sur la maltraitance sont des objectifs réalisables pouvant améliorer le dépistage de la maltraitance infantile.

**Mots clés français (fMeSH)** : Maltraitance infantile, manque de connaissance, disparités, prévention