



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



Institut de Formation et de Recherche En Santé de Normandie
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
UE28 « Mémoire »

**Le rôle des masseurs-kinésithérapeutes face à une
situation de maltraitance infantile**

Enquête de terrain par questionnaire

Juin 2023

BELAIR Pauline

Sous la Direction de FAUSSER Christian

Attestation d'authenticité

Je, soussigné (e) : BELAIR Pauline

Etudiant (e) de : 4e année en masso-kinésithérapie

Auteur du mémoire UE 28 intitulé :

**Le rôle des masseurs-kinésithérapeutes face à une situation de maltraitance
infantile**


Enquête de terrain par questionnaire

Etablissement : IFRES d'ALENÇON

Certifie que le texte soumis ne comporte aucun passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à ALENÇON le 15/05/23

Signature de l'étudiant(e).



Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les EPCSCP. La fraude par plagiat relève de la compétence de la section de discipline de l'Université.

En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié.

Remerciements :

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de mémoire, Monsieur FAUSSER Christian, pour son implication, sa disponibilité, son accompagnement, sa patience et pour tous les conseils qu'il a pu me fournir durant la réalisation de mon mémoire.

Je remercie également les équipes pédagogiques et administratives de l'IFRES d'ALENÇON qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus et plus particulièrement Madame GUYET pour sa disponibilité et son écoute.

Je souhaite adresser toute ma gratitude aux 123 masseurs-kinésithérapeutes ayant accepté de répondre à mon questionnaire, sans qui cette enquête n'aurait pu être réalisée.

Je remercie sincèrement mes camarades et amies de promotion Laurine, Estelle, Solweig, Morgane, Aude, Chloé, Léa et Madeline pour leur soutien tout au long de ces 4 années de formation.

Un grand merci à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes qui ont croisé mon chemin pendant ces 4 années de formation, merci pour vos conseils et votre bienveillance qui ont renforcé ma volonté d'exercer ce beau métier.

Enfin, je remercie mes parents, ma sœur et toute ma famille pour leur soutien infaillible et leur encouragement tout au long de ma scolarité.

Résumé

Introduction : La maltraitance infantile est un enjeu de santé publique en France. Le masseur-kinésithérapeute (MK), professionnel de santé, prenant en charge des enfants a un rôle dans le système de protection de celui-ci. Pour faciliter le processus de signalement, la loi a clarifié les procédures de signalement pour les professionnels de santé. La HAS, en 2014, révèle que moins de 5 % des signalements provenaient des professionnels de santé. Ainsi, nous pouvons nous demander, quels sont les connaissances et les moyens mis en place par les MK dans la prévention et la détection face à une situation de maltraitance infantile ?

Méthode : Un questionnaire a été conçu à destination des MK libéraux français. Durant 2 mois, celui-ci a été diffusé via les réseaux sociaux. Il comporte 41 questions s'intéressant au profil du MK, leurs connaissances sur la maltraitance et leurs réflexions face à des situations cliniques.

Résultats : Sur 123 réponses reçues, 116 ont été conservées (résultats non significatifs). Ces réponses ont été analysées sur Excel puis comparées à la littérature. 70% des MK déclarent n'avoir jamais été sensibilisés aux maltraitements infantiles et pourtant, 52% affirment y avoir été confrontés durant leur carrière. 92% des MK pensent avoir un rôle à jouer dans la détection, 82% dans la prévention et 73% dans la prise en charge. 82% des MK expriment ressentir un frein au signalement d'une maltraitance dû à la peur de se tromper (84%), à l'inquiétude des suites judiciaires de l'enfant (45%), aux craintes des représailles (35%). 78% des MK révèlent ressentir un frein à la prise en charge d'un enfant maltraité. 18% des MK confrontés à une maltraitance n'ont fait aucune démarche de signalement. Enfin, 87% des MK n'ont pas connaissance des recommandations de la HAS sur l'évaluation d'un enfant en danger et 53% n'ont pas connaissance de la loi sur la protection des professionnels de santé.

Conclusion : La majorité des MK a conscience de leurs rôles à jouer face aux maltraitements infantiles. En revanche, ils manquent de connaissances pour appréhender au mieux celles-ci et ainsi réaliser les démarches de signalement les plus adéquates possibles. Les MK semblent peu armés pour faire face, seuls à ce type de situation, laissant ainsi place à une mauvaise décision pouvant engendrer un danger pour l'enfant. La sensibilisation et le travail pluridisciplinaire semblent être les clés pour aider les MK.

Mots-clés : Maltraitance infantile, masseur-kinésithérapeute, détection, prévention, signalement

Abstract

Introduction : Child abuse is a public health issue in France. The physiotherapist (PT), a health professional, taking care of children has a role in the child protection system. To facilitate the reporting process, the law has clarified the reporting procedures for health professionals. The French National Authority for Health, in 2014, reveals that less than 5% of reports came from health professionals. Thus, we can ask ourselves, what knowledge and means are used by PTs in the prevention and detection when faced with a situation of child abuse ?

Methods : A questionnaire was designed for French private PTs. During 2 months, it was distributed via social networks. It includes 41 questions about the profile of the PT, their knowledge about child abuse and their thoughts about clinical situations.

Results : Of 123 responses received, 116 were retained (non-significant results). These responses were analyzed in Excel and compared to the literature. 70% of PTs stated that they had never received information on child abuse and yet 52% stated that they had been confronted with it during their career. 92% of PTs thought that they had a role to play in detection, 82% in prevention and 73% in management. 82% of the PTs said that they felt that reporting abuse was a hindrance due to fear of making a mistake (84%), concern about the legal consequences for the child (45%), fear of reprisals (35%). 78% of PTs said that they felt inhibited in dealing with an abused child. 18% of PTs confronted with child abuse did not report it. Finally, 87% of the PTs were not aware of The French National Authority for Health, recommendations on the evaluation of a child in danger and 53% were not aware of the law on the protection of health professionals.

Conclusion : The majority of PTs are aware of their role in dealing with child abuse. On the other hand, they lack the knowledge to better understand child abuse and to take the most appropriate steps to report it. PTs seem to be ill-equipped to deal with this type of situation on their own, leaving room for a bad decision that could endanger the child. Awareness and multidisciplinary work seem to be the keys to help the PTs.

Keywords : child abuse, physiotherapist, detection, prevention, reporting

Table des matières

| | |
|--|----------|
| I. Introduction générale | 1 |
| A. Choix de la thématique | 1 |
| B. Question de départ : | 2 |
| II. Contextualisation | 3 |
| A. La lutte contre les maltraitements infantiles | 3 |
| 1. La maltraitance | 3 |
| 1.1 Approche historique | 3 |
| 1.2 La maltraitance : une notion à définir | 4 |
| 1.3 L'enfant : une victime de maltraitance | 4 |
| 1.4 Épidémiologie | 5 |
| 1.5 La maltraitance sous de multiples facettes | 6 |
| 1.6 Les conséquences de la maltraitance | 6 |
| 1.6.1 La santé physique | 7 |
| 1.6.2 La santé mentale et vie sociale | 7 |
| 1.6.3 Un enjeu économique et de santé publique | 8 |
| 1.7 Facteurs de risque | 8 |
| 1.7.1 Facteurs de risque liés à l'enfant | 9 |
| 1.7.2 Facteurs de risque liés à l'entourage | 9 |
| 1.7.3 Facteurs de risque sociétaux | 9 |
| 2. Action de lutte contre la maltraitance | 10 |
| 2.1 La détection | 10 |
| 2.1.1 Définir la détection | 10 |
| 2.1.2 Comment détecter une maltraitance | 10 |
| 2.1.2.1 Les signes physiques | 10 |
| 2.1.2.2 Les signes comportementaux | 11 |
| 2.1.2.3 Les signes verbaux | 11 |
| 2.1.3 Diagnostic différentiel | 12 |
| 2.1.3.1 Démarche à suivre | 12 |
| 2.1.3.2 Signes normaux versus signes anormaux | 12 |
| 2.1.4 Alerter | 14 |
| 2.1.4.1 Quand alerter | 14 |
| 2.1.4.2 Qui alerter | 14 |
| 2.2 La prévention | 15 |
| 2.2.1 Définition de la prévention | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.2.2 Moyens de prévention | 16 |
| 2.2.2.1 Formation du MK | 16 |
| 2.2.2.2 Les actions gouvernementales et mondiale | 16 |
| 2.2.2.3 Les recommandations de la HAS | 17 |
| 2.2.2.4 Les associations | 17 |
| B. Le masseur-kinésithérapeute un professionnel engagé | 18 |
| 1. La profession de masseur-kinésithérapeute | 18 |
| 1.1 Définition | 18 |
| 1.2 La formation du MK | 18 |
| 1.3 Les compétences du MK | 19 |
| 1.4 Code de déontologie : un support indispensable | 19 |
| 1.5 Cadre légal | 20 |
| 2. Le MK face à la maltraitance | 20 |
| 2.1 Le MK, un professionnel au service de la santé | 20 |
| 2.2 Le MK : un témoin de la maltraitance infantile | 21 |
| 2.3 Les rôles du MK dans la lutte contre la maltraitance | 21 |
| 2.3.1 Le rôle dans la détection | 21 |
| 2.3.2 Le rôle dans la prévention primaire | 22 |
| 2.3.3 Le rôle dans la prévention secondaire | 23 |
| 2.3.4 Le rôle dans la prévention tertiaire | 23 |
| 2.4 Le bon comportement à adopter | 23 |
| C. Prise en charge d'un enfant victime de maltraitance | 24 |
| 1. La prise en charge médicale | 24 |
| 2. La prise en charge psychologique | 24 |
| 3. La prise en charge sociale | 25 |
| 4. La prise en charge kinésithérapique | 26 |
| 4.1 La place de la rééducation | 26 |
| 4.2 Les difficultés rencontrées dans la prise en charge | 27 |
| 4.2.1 Concernant l'enfant | 27 |
| 4.2.2 Concernant le MK | 28 |
| 4.2.3 Concernant les parents | 28 |
| D. Problématisation, question de recherche | 29 |
| 1. Problématisation | 29 |
| 2. Question de recherche | 30 |
| 3. Hypothèses | 30 |

| | |
|---|-----------|
| III. Méthodologie..... | 31 |
| A. Choix de la méthode | 31 |
| B. Objectifs..... | 31 |
| C. Population cible | 31 |
| 1. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion..... | 31 |
| 2. Population étudiée | 32 |
| 3. Échantillon de l'étude | 32 |
| D. Construction et composition du questionnaire | 32 |
| E. Diffusion du questionnaire | 35 |
| F. Traitement des données | 36 |
| IV. Résultats | 37 |
| A. La population interrogée..... | 37 |
| 1. Données personnelles | 37 |
| 2. Prise en charge masso-kinésithérapique | 37 |
| B. Sensibilisation et connaissance..... | 38 |
| 1. Sensibilisation des MK..... | 38 |
| 2. Avis des MK sur l'obligation d'enseigner cette thématique en IFMK..... | 38 |
| 3. Connaissances générales sur la maltraitance infantile..... | 39 |
| 4. Les différents types de maltraitements infantiles..... | 39 |
| 5. Rôle du MK dans la détection des maltraitements infantiles..... | 39 |
| 6. Rôle du MK dans la prévention des maltraitements infantiles | 40 |
| 7. Rôle du MK dans la prise en charge d'un enfant maltraité | 40 |
| 8. Épidémiologie et connaissances des 3 catégories de l'ODAS | 40 |
| 9. Maltraitance infantile : vrai ou faux | 41 |
| C. Repérage des signes : le MK en action..... | 41 |
| 1. La HAS | 41 |
| 2. Expériences professionnelles et maltraitements infantiles..... | 42 |
| 3. Maltraitements infantiles, que font les MK interrogés ?..... | 42 |
| 4. Conséquences des maltraitements infantiles observés par les MK..... | 42 |
| 5. Facteurs de risque important pour les MK | 43 |
| 6. Situations cliniques fictives | 43 |
| D. Alerter | 44 |
| 1. Connaissances générales..... | 44 |
| 2. Signes indispensables pour alerter selon les MK | 44 |
| 3. Maltraitements infantiles et aspect juridique | 45 |
| 4. Contacts privilégiés des MK en cas de maltraitance infantile..... | 45 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5. | Freins possibles à la prise de décision d'alerter les autorités compétentes | 45 |
| E. | Prévention | 46 |
| F. | Prise en charge | 46 |
| 1. | Présence des parents obligatoire en séance | 46 |
| 2. | Freins possibles à la prise en charge d'un enfant maltraité | 47 |
| 3. | Principales adaptations du MK | 47 |
| 4. | Travail en collaboration avec d'autres professionnels | 47 |
| G. | Propositions | 48 |
| 1. | Support d'information supplémentaire | 48 |
| 2. | Type de support | 48 |
| V. | Discussion | 49 |
| A. | Discussion des résultats | 49 |
| 1. | État des lieux des connaissances des MK sur la maltraitance | 49 |
| 2. | L'impact des expériences personnelles et professionnelles sur l'exercice professionnel des MK | 50 |
| 2.1 | L'identité du MK | 50 |
| 2.2 | L'histoire personnelle du MK | 51 |
| 2.3 | Le statut parental | 51 |
| 2.4 | L'expérience professionnelle du MK | 52 |
| 3. | L'apport d'une sensibilisation et de connaissances des MK | 53 |
| 3.1 | Sensibilisation générale | 53 |
| 3.2 | L'apport de la formation pédiatrique chez les MK | 56 |
| 3.3 | Mise en pratique à partir des cas cliniques, quelle sensibilisation ? | 57 |
| 4. | Les freins rencontrés par les MK | 59 |
| 4.1 | Les freins liés aux soins | 60 |
| 4.2 | Les freins liés à l'enfant | 60 |
| 4.3 | Les freins liés aux institutions | 60 |
| 4.4 | Les freins liés aux professionnels | 61 |
| 4.5 | Les freins liés aux faits | 61 |
| 4.6 | Les freins liés aux protocoles | 62 |
| 4.7 | Non connaissance de l'aspect juridique | 62 |
| 4.8 | Non connaissance des recommandations de la HAS | 62 |
| 5. | Les aides nécessaires pour les MK | 63 |
| 5.1 | La pluridisciplinarité | 63 |
| 5.2 | Le désir des MK d'un support d'information | 64 |
| B. | Validation/ invalidation des hypothèses | 64 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1. | Hypothèse numéro 1 | 64 |
| 2. | Hypothèse numéro 2 | 65 |
| 3. | Hypothèse numéro 3 | 66 |
| C. | Biais, limites et propositions d'amélioration | 67 |
| 1. | Biais liés au questionnaire | 67 |
| 2. | Biais liés à la diffusion | 69 |
| 3. | Biais liés à l'échantillonnage | 70 |
| 4. | Limites de l'étude | 71 |
| 5. | Propositions d'amélioration..... | 72 |
| VI. | <i>Ouverture</i> | 73 |
| VII. | <i>Conclusion générale</i> | 75 |
| VIII. | <i>Bibliographie</i> | |
| IX. | <i>Annexes</i> | |

Liste des abréviations :

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes du département

DPC : Développement professionnel continu

FNEK : Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie

IFMK : Institut de formation en masso-kinésithérapie

IGAENR : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IGJ : Inspection générale de la Justice

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

MK : Masseur-kinésithérapeute

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État

MOOC : Massive Open Online Course

ODAS : Observatoire national de l'action sociale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONU : Organisation des Nations unies

PMI : Protection maternelle et infantile

UNICEF : United nations of internationale children's emergency fund

SSPT : Syndrome de stress post traumatique

TIC : Technologies de l'information et de la communication

Ce mémoire d'initiation à la recherche respectera la norme bibliographique Vancouver.

I. Introduction générale

A. Choix de la thématique

L'univers de la pédiatrie est un champ qui m'a toujours intéressé. Faire face à un public jeune et dynamique où l'adaptation, la créativité et l'écoute sont indispensables, ont toujours été pour moi les piliers essentiels d'une prise en charge kinésithérapique.

Durant mon cursus, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de prendre en charge des enfants dans diverses structures. Grâce à mes stages, j'ai pu être témoin de l'importance du rôle du masseur-kinésithérapeute (MK) sur l'enfant, mais aussi envers ses parents (prévention, conseils...). J'ai beaucoup aimé cette double prise en charge : enfant et parents. Outre mes vécus de stages, mes expériences professionnelles auprès d'enfants m'ont conforté dans l'idée de me diriger vers la pédiatrie pour le choix d'une thématique de mémoire.

Ensuite, est venue la question de trouver un axe de mémoire plus précis. Après réflexion et toujours dans l'optique de réaliser un mémoire sur un thème évoquant la pédiatrie, j'ai pensé à un patient que j'ai eu en stage au cours de ma troisième année de formation. Ce patient d'une soixantaine d'années, m'avait évoqué plusieurs fois durant nos séances de rééducation, la problématique de son fils atteint du syndrome du bébé secoué (dans le cas de figure de ce patient, son fils avait été secoué par sa nourrice). Il ne comprenait pas comment aucun médecin ou autres professionnels de santé n'avaient pu faire de diagnostic rapidement face aux retards moteurs de son fils. Lors de nos échanges, je me sentais désemparée, car ce syndrome m'était inconnu. Après des recherches, j'ai pu comprendre que le syndrome du bébé secoué était une maltraitance infantile entraînant un traumatisme crânien grave chez l'enfant. A la suite de cette discussion, un questionnement est né à savoir : si un MK avait rencontré cet enfant en cabinet libéral, aurait-il eu les armes pour repérer ce syndrome ? De surcroît, les divers événements des dernières années liées à la crise du COVID-19, ont malheureusement remis au-devant de la scène les violences sur les enfants. Ainsi, de nouvelles interrogations sont apparues : le MK a-t-il un rôle à jouer dans la prévention et dans la détection des maltraitances ? Si oui, que doit-il faire face à ce type de situation ? Qui doit-il alerter ? Qu'arriverait-il s'il ne le faisait pas ? Que se passe-t-il en cas de signalement abusif ? C'est pourquoi, l'émergence d'une thématique sur la maltraitance infantile est née.

B. Question de départ :

De ce constat, découle une question de départ :

« Quelle est la place du MK, dans la prévention et dans la détection des maltraitances infantiles ? »

Pour répondre à cette question, notre mémoire se déroulera en plusieurs étapes :

Dans un premier temps, le contexte permettra de poser le cadre théorique. Nous approfondirons les différents aspects nécessaires à l'approche de cette question de départ : la maltraitance infantile, la prévention, la détection, le rôle du MK, l'aspect juridique et le parcours de soin de l'enfant maltraité.

Dans un second temps, nous présenterons notre question de recherche ainsi que notre méthodologie à savoir une enquête de terrain via un questionnaire auprès des MK libéraux diplômés français.

Dans un troisième temps, nous exposerons nos résultats obtenus sous forme de graphiques et de pourcentages. Puis nous analyserons ces résultats afin de les comparer à la littérature et ainsi, permettre la validation ou l'invalidation de nos hypothèses. Ensuite, nous retracerons les biais et les limites de notre travail ainsi que les pistes d'amélioration.

Enfin, nous conclurons sur l'apport personnel et pour la profession que ce travail a soulevé.

II. Contextualisation

A. La lutte contre les maltraitances infantiles

1. La maltraitance

1.1 Approche historique

Rapportées pour la première fois durant l'Antiquité, les maltraitances ont vraisemblablement toujours existé dans la civilisation. Au IV^e siècle avant Jésus-Christ, la cité de Sparte éliminait les enfants fragiles ou handicapés en les jetant dans le ravin du Taygète [1]. Puis, c'est durant le Moyen Âge, avec la mise en place du régime féodal, que la multiplication d'abandons voire d'infanticides apparaît à la suite des conditions de vie rudes. Le *pater familias* et sa toute-puissance devient omniprésent. Celui-ci est le seul à pouvoir décider des choix des sanctions et des traitements sur sa famille [1]. Durant de nombreux siècles les enfants ou personnes handicapées étaient donc considérés comme des êtres à part. C'est à partir du XVIII^e siècle, au siècle des Lumières, que cette vision change, plaçant l'enfant comme richesse au sein de sa famille [1]. Malgré ces prises de conscience, un événement marquant du XX^e siècle a remis au-devant de la scène les violences et maltraitances envers l'être humain : la Seconde Guerre mondiale. En effet, l'apparition du Nazisme ainsi que la doctrine d'Hitler « proclamant la supériorité de la race aryenne impliquant la disparition des races inférieures » [2] ont engendré des maltraitances et des violences envers les Juifs, enfants et autres populations considérées comme inférieures [3]. En dépit de ces tragédies marquantes, le XXI^e siècle est encore aujourd'hui le témoin perpétuel de maltraitances. Nous vivons actuellement dans une société où les maltraitances sont de plus en plus présentes, révélant au grand jour les failles de l'être humain. En effet, en 2018, « plus de 52 000 enfants ont été victimes de violences, mauvais traitements ou abandons » [4] en France selon la Haute Autorité de Santé (HAS). De surcroît, « un enfant est tué par ses parents tous les cinq jours » [5] suite à des maltraitances selon un rapport publié en 2017 par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'inspection générale de la Justice (IGJ) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR). Très récemment, les différentes mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 (confinements, restrictions), ont touché la santé mentale des parents ou autres personnes s'occupant d'enfant remettant malheureusement au-devant de la scène les

maltraitements sur les enfants. En effet, une étude réalisée conjointement par les équipes des services d'anesthésie-réanimation, de neurochirurgie, d'imagerie pédiatriques ainsi que l'équipe mobile de protection de l'enfance de l'hôpital Necker-Enfants malades AP-HP associé à une équipe de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), a révélé un doublement du nombre de bébés secoués au cours de la deuxième année de pandémie (2021) [6]. Le nombre de cas entre la période pré pandémique (2017-2019) et post pandémique (2020-2021) a « doublé et sa mortalité a été multipliée par neuf » [6]. Pour expliquer ce phénomène, les chercheurs évoquent une accumulation de la détresse psychosociale à la suite des différentes mesures prises pour lutter contre l'épidémie.

1.2 La maltraitance : une notion à définir

Au travers des différentes sociétés et époques, les maltraitements ont toujours existé sans véritablement mettre de mot précis sur celles-ci. C'est en 1987, que le Conseil de l'Europe a défini la notion de maltraitance. La maltraitance se caractérise par « *tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* » [7].

1.3 L'enfant : une victime de maltraitance

Le 20 novembre 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant, a été signée par les Nations Unies puis adoptée par la France en 1990 et définit l'enfant « *comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable* » [8].

La maltraitance infantile est une notion apparue récemment dans la langue française. La notion a été instaurée le 10 juillet 1989 par la loi du même nom, portant son intérêt sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et de la protection de l'enfance.

A l'échelle mondiale, l'OMS a quant à elle défini en 2018, la notion de maltraitance infantile la caractérisant comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son*

développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » [9]. L'observatoire national de l'action sociale (ODAS) a établi en 2015, 3 catégories : l'enfant maltraité, l'enfant en risque de maltraitance, l'enfant en danger [10] (*annexe 1*).

1.4 Épidémiologie

En France ou dans le monde, les données épidémiologiques concernant les maltraitances infantiles sont difficiles à obtenir de par leurs difficultés d'appréhension [11]. Les chiffres officiels sont le plus souvent sous-estimés [12].

En France, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) a estimé à 308 000 le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou d'une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance pour l'année 2020 [13]. Cela représente un taux de 21,4 pour 1 000 mineurs [13]. Pour l'année 2021, la plateforme d'écoute du 119 « allô enfance en danger » a traité 39 867 sollicitations concernant une situation de danger de 43 260 enfants [14]. Dans un communiqué de presse datant de janvier 2022, concernant le plan de lutte contre les violences faites aux enfants, le secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles a rappelé qu'en 2018, 122 mineurs ont été victimes d'infanticide, dont 80 dans le cadre intrafamilial [15]. Mais également que deux tiers des victimes avaient moins de 5 ans [15].

Dans le monde, l'OMS fait état de 41 000 enfants de moins de 15 ans, victimes d'homicides chaque année [16]. United nations of international children's emergency fund (UNICEF) estime quant à elle que « trois quarts (environ 300 millions) des enfants âgés de 2 à 4 ans à travers le monde sont victimes d'agressions psychologiques et/ou de punitions physiques au sein même de leur foyer, de la part des personnes qui s'occupent d'eux » [17]. Enfin, une étude publiée dans la revue *Pediatric* en mars 2016, dévoile que le nombre d'enfants ayant subi des violences physiques, sexuelles, émotionnelles ou des négligences dans le monde s'élèverait jusqu'à un milliard d'enfants de 2 à 17 ans, soit 50 % des enfants en Asie, en Afrique et en Amérique du Nord [18].

1.5 La maltraitance sous de multiples facettes

Après avoir défini la maltraitance en 1987, le Conseil de l'Europe a réactualisé en 1992 sa définition en adoptant une classification des différents types de maltraitements. Leur conclusion fait état de sept catégories de maltraitements différentes :

- **«Violences physiques** : *« coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie) ... »* [19]

- **Violences psychiques ou morales** : *« langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales ... »* [19]

-**Violences matérielles et financières** : *« vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés... »* [19]

-**Violences médicales ou médicamenteuses** : *« défaut de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur... »* [19]

-**Négligences actives** : *« toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire »* [19]

-**Négligences passives** : *« négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage »* [19]

-**Privations ou violations de droits** : *« limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse... »* [19].

Enfin, avec le développement d'Internet dans les années 2000, une nouvelle forme de maltraitance est née : les maltraitements liés aux technologies de l'information et de la communication (TIC) [20]. Le Cyberbullying (cyberharcèlement) est l'une des nouvelles formes de maltraitance sur Internet [21].

1.6 Les conséquences de la maltraitance

Qu'elles aient lieu durant l'enfance ou à l'adolescence, les maltraitements ont des conséquences sur leurs victimes et leur entourage. Celles-ci sont multiples et dépendent notamment du vécu de la victime et du type de maltraitance.

1.6.1 La santé physique

Les conséquences de la maltraitance chez l'enfant peuvent s'avérer nombreuses et toucher aussi bien l'aspect physique que psychologique ou bien social. Les négliger serait par conséquent une grande erreur à long terme. Concernant les conséquences physiques, elles peuvent être observables telles qu'une ecchymose, un hématome, une plaie, une brûlure, une morsure ou bien non perceptible visuellement comme une fracture, une atteinte viscérale, un traumatisme crânien ou encore un hématome cérébral [21]. Les fractures métaphysaires classiquement retrouvées en cas de maltraitance physiques sont « les fractures de côtes, les fractures des apophyses épineuses, les fractures du crâne et les fractures des os longs » [22]. Chez les enfants âgés de moins d'un an, environ 75% des fractures sont des fractures infligées par des tiers [22]. Lorsque des lésions sont retrouvées chez un enfant, il est nécessaire de toujours mettre en parallèle l'âge de l'enfant, l'explication des parents sur la cause de celles-ci ainsi que la topographie des lésions [21]. Des troubles neurologiques et cognitifs (problèmes d'attention, de langage, la dégradation des fonctions exécutives) sont également possibles [23].

1.6.2 La santé mentale et vie sociale

Les retentissements psychologiques et sociaux semblent les plus fréquents. En 1993 Malinosky-Rummel et Hansen, à travers une revue de diverses études, ont identifié sept types de conséquences psychologiques et sociales de maltraitances [24] :

- « les comportements agressifs et violents
 - les comportements criminels non violents
 - l'abus de toxiques
 - les comportements auto-agressifs et suicidaires
 - les problèmes émotionnels,
 - les problèmes relationnels
 - les difficultés scolaires et professionnelles »
- [24]

Les maltraitances infantiles entraînent un repli sur soi ainsi qu'une dégradation de la santé mentale de l'enfant [25]. Chez le nourrisson, nous pouvons retrouver des troubles du développement, ainsi qu'un nourrisson atone et craintif [26].

D'autre part, l'OMS ajoute que les maltraitances peuvent favoriser certaines « pathologies cardiaques, le cancer, les suicides et les infections sexuellement transmissibles »

[27]. Enfin, l'une des plus graves conséquences de maltraitements est la transmission transgénérationnelle. Une étude publiée en 2008 par l'U 750 de l'INSERM sur les « morts suspectes de nourrissons » a révélé qu'un tiers des auteurs de secousse sur un nourrisson avait eux-mêmes subi ces violences durant l'enfance [28]. Cette transmission transgénérationnelle de maltraitance peut être mise en parallèle avec le concept du triangle de Karpman : une victime subit une maltraitance puis devient sauveteur puis auteur [29] (*annexe 2*).

1.6.3 Un enjeu économique et de santé publique

Quel que soit le type de maltraitance, celle-ci altère et parfois à vie la santé physique et/ou mentale des victimes. Ces conséquences engendrent des répercussions socioprofessionnelles notamment, pouvant entraîner un ralentissement du développement économique et social d'un pays. En effet, Currie et Widom, 2010 ont révélé que les enfants victimes de maltraitance avaient un « niveau éducatif plus bas » [30] et par conséquent plus de difficultés à trouver un emploi [30]. Hormis les conséquences sur la santé des victimes, les maltraitements ont des répercussions sur la société notamment au niveau économique. En effet, une personne maltraitée engendre des coûts que cela soit au niveau de son hospitalisation, des soins à court et long terme, des traitements des troubles psychiques ainsi qu'une protection si la victime est un mineur [27]. L'Organisation des Nations Unies (ONU) a publié une étude de Child Fund Alliance et Overseas Development Institute sur l'évaluation des coûts directs et indirects mondiaux de la violence infantile. Les résultats publiés en 2014 révèlent qu'environ « 7 000 milliards de dollars étaient perdus, chaque année aux États-Unis (soit 8 % du PIB mondial), à cause de la violence contre les enfants. » [31]. En France, la Cour des comptes a chiffré pour l'année 2018, à 8 milliards d'euros la somme consacrée à la protection de l'enfance [32].

1.7 Facteurs de risque

Bien que l'épidémiologie exacte soit très difficile à obtenir, de nombreux travaux ont permis de repérer certains facteurs de risque de maltraitance. Ceux-ci peuvent être classés en 3 catégories : « facteurs de risque liés à l'enfant » [33], facteurs de risque liés à l'entourage [33] ou facteurs de risque sociétaux [16].

1.7.1 Facteurs de risque liés à l'enfant

De fait de leur âge (« enfant âgé de moins de 4 ans » [16]), sa prématurité, son sexe (fille plus fréquemment victime de violences sexuelles, garçon victime du syndrome du bébé secoué), les enfants sont plus susceptibles de subir une maltraitance [33]. En effet, les nourrissons et les enfants en bas âge ont plus de risques d'être victime de maltraitance de fait des différents stades de développement qu'ils vivent (coliques, cycle de sommeil anormal, crises de colère, apprentissage de la propreté) [22]. De plus, des troubles du comportement, de la conduite, du développement ou un handicap sont des risques marquants de maltraitance future [33]. Enfin, la nécessité de « besoins spéciaux » ou la présence de pleurs persistants [16] peuvent engendrer un risque de maltraitance.

1.7.2 Facteurs de risque liés à l'entourage

L'entourage de l'enfant (ses parents ou adultes responsables de lui) est un facteur entrant en jeu dans le risque de maltraitance. En effet, l'âge des parents notamment celui de la mère (« très jeune âge » [33]), la présence de troubles physiques et/ou psychologiques des responsables légaux (les carences affectives, l'immaturité, la dépression, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié » [33]), les antécédents de maltraitance subie par les parents durant leur enfance [33] ainsi qu'un non attachement à leur enfant (grossesse non désirée par exemple) montre une augmentation du risque de maltraitance [16]. Enfin, « la difficulté à établir un lien avec un nouveau-né » [16], le manque d'attention des parents envers leur l'enfant ainsi qu'un « manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes » [16] sont des facteurs favorisant le risque de maltraitance. Il est frappant de noter que « 80% des mauvais traitements sont infligés par les parents » [33]. En effet, selon la plateforme du 119, en 2021 « plus de 9 auteurs présumés sur 10 sont membres de la famille proche de l'enfant en danger ou en risque de l'être » et « 8 auteurs présumés sur 10 sont l'un des deux parents » [14].

1.7.3 Facteurs de risque sociétaux

Enfin, certains facteurs sociétaux sont importants à prendre en compte tel que les inégalités sociales et sexuelles, le taux de chômage et la facilité d'accès à l'alcool et aux drogues

[27]. L'isolement social des responsables de l'enfant [33], le manque de logement approprié, les difficultés financières et l'implication dans des activités criminelles [16] sont également des facteurs de risque de maltraitance. Le milieu socio-économique des responsables de l'enfant a longtemps été décrit comme un facteur de risque, mais aujourd'hui il n'y a pas suffisamment d'éléments de preuve pour le considérer comme un facteur de risque unique [33]. Enfin, selon l'OMS, « les normes sociales et culturelles » [16] de certains pays encourageant ou glorifiant la violence envers autrui ainsi que la présence de « politiques et programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants » [16] favorisent le risque de maltraitance.

2. Action de lutte contre la maltraitance

2.1 La détection

2.1.1 Définir la détection

Selon le dictionnaire Le petit Larousse, la détection, a pour définition : « action de détecter ». Toujours selon le petit Larousse, détecter signifie : « déceler l'existence de ce qui est caché, à peine perceptible » [34].

2.1.2 Comment détecter une maltraitance

Détecter un cas de maltraitance est un exercice difficile et délicat pour les professionnels de santé [35]. Cependant, un certain nombre de signes qu'ils soient physiques ou comportementaux peuvent faciliter la détection et ainsi permettre d'agir le plus rapidement possible pour protéger l'enfant. Pour aider les professionnels, la HAS a sorti un guide de repérage des signes de maltraitance (*annexe 3*).

2.1.2.1 Les signes physiques

Un examen clinique d'une victime dévêtue peut révéler des signes physiques cutanés tels que des ecchymoses, hématomes, brûlures, traces de strangulation, morsures [21]. Ces signes sont le plus souvent des conséquences de violences physiques. La présence de fractures

multiples d'âges différents ou des fractures avant l'âge de la marche, sont également des signes pouvant faire penser à de la maltraitance. La présence de fractures n'est pas toujours visible, le MK doit donc interroger les parents sur les antécédents de l'enfant [36]. Outre les signes cutanés, nous pouvons évaluer le développement psychomoteur et les capacités de l'enfant en fonction de son âge. Enfin des signes de négligence portant sur l'alimentation, l'habillement ou encore l'hygiène peuvent évoquer de la maltraitance [36]. Rappelons que la présence de l'un de ces signes ne signifie pas toujours une maltraitance. Il est donc important d'observer « le caractère des lésions, leur topographie, leur aspect multifocal, leur association, leur répétition, les lésions d'âges différents et leur évolution » [37].

2.1.2.2 Les signes comportementaux

Les troubles comportementaux de l'enfant, mais aussi de son entourage sont également à prendre en compte. Concernant l'enfant, nous pouvons noter des troubles de l'interaction voire une absence de communication (mutisme), des troubles comportementaux tels qu'un enfant craintif, un enfant replié sur lui-même ou au contraire en recherche d'affection, un comportement agressif, des troubles du sommeil ou des troubles du comportement alimentaire [36]. Un état émotionnel instable ou imprévisible (suicide, fugue, changement d'humeur/comportement, pleurs persistants) est également un signe pouvant être repéré [36].

Concernant l'entourage de la victime, certaines actions peuvent être évocatrices de maltraitance telle que : un parent qui s'impose à une séance, un parent qui parle à la place de son enfant, un parent qui banalise les symptômes et est indifférent vis-à-vis de son enfant [36]. Mais également un parent qui a une attitude inadaptée envers son enfant, un parent qui refuse des investigations médicales plus poussées ou encore qui a une attitude agressive envers le professionnel de santé [36].

2.1.2.3 Les signes verbaux

Quel que soit l'âge de l'enfant, les propos rapportés par celui-ci tels que des « plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire » ou des douleurs, sont des éléments à noter dans la détection d'une maltraitance [36]. De plus, les pleurs persistants chez le nourrisson et des parents se disant nerveusement épuisés par leur enfant peuvent alerter sur une maltraitance [38].

2.1.3 Diagnostic différentiel

2.1.3.1 Démarche à suivre

Nous rappelons que le MK ne doit pas juger trop rapidement une situation s'apparentant pour lui à une situation de maltraitance. En effet, les signes cités précédemment sont certes à prendre en compte, mais il est préférable que les MK les mettent en parallèle avec l'âge de l'enfant. Par exemple, un nourrisson qui ne marche pas encore, mais qui a une grave lésion pose question [22]. Les antécédents et le discours des parents sur la cause de ces signes sont également à prendre en compte [37]. Le MK ne doit pas se fier uniquement aux apparences premières perçues (aspect physique de l'enfant, comportement). En effet, « un enfant sale et négligé peut n'être victime d'aucune brutalité alors qu'un enfant maltraité peut avoir un aspect soigné » [37].

Puis, les signes observés par le MK et les données recueillies à l'oral durant l'interrogatoire doivent être retranscrits à l'écrit au mot près et entre guillemets (sans interprétation du MK). Ces données se retrouvent dans un bilan qui est transmis au médecin de l'enfant [39].

2.1.3.2 Signes normaux versus signes anormaux

Le MK doit apprendre à différencier les « faux », des « vrais » signes de maltraitance. En effet, la présence de ces signes cliniques ne signifie pas forcément que l'enfant est battu, mais que celui-ci a pu subir une chute, un accident ou une pathologie associée.

Au niveau cutané, la présence d'ecchymose ne signifie pas obligatoirement une maltraitance envers l'enfant, mais peut révéler la présence :

- d'hémophilie
- la maladie de Von Willebrand
- un purpura thrombopénique
- une leucémie aiguë
- un syndrome hémorragique aigu du nourrisson (maladie de Fineltin) [40],
- une ecchymose accidentelle
- un syndrome d'Ehlers-Danlos
- des troubles hématologiques
- un purpura d'Henoch-Schönlein [41].

La présence d'ecchymoses sur les fesses et l'arrière des jambes de l'enfant est extrêmement rare en cas de chute. Une chute chez un enfant induit le plus souvent des blessures uniques et localisées sur « le front, le menton, la bouche ou sur les prolongements des membres, en particulier les coudes, les genoux, les avant-bras et les tibias » [22].

L'observation de marque de brûlure sur la peau de l'enfant peut s'apparenter à des :

- des « lésions vésiculo-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique
- une épidermolyse bulleuse
- une photodermatose
- un impétigo, un herpès
- une automutilation de l'enfant » [40],
- une dermite
- un syndrome de Stevens-Johnson [41].

Constater une morsure sur la peau de l'enfant peut être assimilé à de : « l'eczéma ou de pityriasis rosé » [40] et non obligatoirement une maltraitance.

Enfin, toujours au niveau cutané, selon les ethnies, certains signes typiques peuvent être observés tels que les taches mongoloïdes chez les enfants d'origine africaine ou asiatique [41]. Ces taches de couleur bleue pouvant s'apparenter à des ecchymoses, mais ne sont en réalité que des taches de naissance bénignes qui se trouvent le plus fréquemment au niveau de la région sacro-coccygienne ou lombaire des enfants de moins de 6 ans [41].

Concernant la présence de fractures osseuses, celles-ci peuvent s'apparenter à des :

- « accidents
- chutes
- accidents obstétricaux
- tumeur primitive ou secondaire
- une insensibilité à la douleur » [40]
- un « syphilis congénitale
- une leucémie
- l'ostéogenèse imparfaite
- ostéomyélite
- des changements physiologiques
- rachitisme
- scorbut » [41] et non obligatoirement une maltraitance.

L'étiologie sous-jacente la plus fréquente à la suite de fractures osseuses reste la maltraitance par rapport aux troubles osseux. En effet une étude publiée dans la revue *Paediatr Child Health* en 2018, « estime que la maltraitance est l'étiologie sous-jacente chez près de 70 % des enfants de moins de 36 mois » venant aux urgences pour cause de fracture [42]. Aucune fracture n'est spécifique de la maltraitance, mais certains types de fractures doivent éveiller les soupçons d'une possible maltraitance infantile telle que : « les fractures de côtes, les fractures de

l'omoplate, du sternum et des apophyses épineuses vertébrales » [22]. Enfin, un enfant malnutri ou en état de déshydratation ne signifie pas forcément qu'il subit une maltraitance. Ceci peut être la conséquence d'une pathologie provoquant un retard de croissance (pathologie neurologique, cardiaque, rénale, digestive) [40].

2.1.4 Alerter

2.1.4.1 Quand alerter

Il est du devoir de tout professionnel de santé d'alerter en cas de soupçon ou risque de danger d'un enfant. Quand la victime est mineure, le MK doit alerter sans avoir nécessairement besoin au préalable du consentement de la victime. L'article 434-3 du code pénal réaffirme ce devoir (**annexe 4**) [43]. Selon les services publics Français : « *un enfant est considéré en danger si certains aspects de sa vie sont gravement compromis ou risquent de l'être tel que sa santé ou développement physique, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou développement intellectuel et son développement affectif ou social* » [44].

2.1.4.2 Qui alerter

En cas de suspicion de maltraitance infantile, le MK transmet l'ensemble des données recueillies durant l'interrogatoire et l'examen clinique au médecin traitant de l'enfant qui pourra évaluer la situation (**arbre décisionnel HAS, annexe 5**) et mettre en place des mesures (**exemple de fiche de signalement annexe 6**). En effet, selon l'article 2 du décret de compétences du MK, le « *masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution* » [45]. Cela signifie donc qu'au cours de son évaluation, si le MK observe des signes cliniques qui peuvent faire évoluer le traitement ou le diagnostic, il doit en informer le médecin prescripteur.

Outre le corps médical, le MK peut également s'appuyer sur des organismes nationaux de référence, sérieux et gratuits concernant la maltraitance. Nous pouvons citer par exemple la plateforme téléphonique du 119 (Allô enfance en danger) [46] ou la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) [44]. Le MK peut également se mettre en lien avec l'aide

sociale à l'enfance (ASE). Si l'enfant nécessite une protection immédiate ou s'il s'agit d'un cas d'urgence vitale, le MK pourra alors joindre le SAMU (15) [44]. De plus, les autorités judiciaires (procureur de la république) peuvent être directement contactées dans les cas d'une exceptionnelle gravité (violences sexuelles) [44]. A la suite de ce signalement, les autorités compétentes décident suite à une enquête, s'il y a séparation de l'enfant de sa famille avec un placement ou la mise en place d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO) [47].

2.2 La prévention

2.2.1 Définition de la prévention

Selon l'OMS, il existe trois types de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention primaire : « Ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux et sociétaux mais également les facteurs consolidant et structurants tels que les compétences psychosociales » [48].

Prévention secondaire : a pour but de « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque » [48].

Prévention tertiaire : « Elle intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les complications et les risques de rechute. Il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement » [48].

Dans le cadre de la masso-kinésithérapie face à la maltraitance infantile les trois types de maltraitances peuvent être mises en jeu.

2.2.2 Moyens de prévention

2.2.2.1 Formation du MK

La réforme des études de masso-kinésithérapie de 2015 a eu pour but notamment la relance de la profession dans les actions de santé publique, de promotion de la santé et de prévention. En effet, le décret de compétences du MK a été mis à jour en intégrant cette notion à savoir « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles* » [49]. Dans la poursuite de cet objectif, les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK), ont de plus en plus développé l'unité d'enseignement numéro 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique » afin d'avoir un réel impact sur la prévention et la promotion de la santé dans la formation initiale. Notons que l'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, a renforcé la compétence du MK concernant la promotion de la santé, avec l'obligation pour les étudiants de réaliser une action de prévention auprès d'une population [50]. Le MK n'est pas le seul professionnel de santé à faire face aux risques de maltraitance et il est préférable de travailler en pluridisciplinarité avec d'autres acteurs tels que les médecins, les psychologues, les associations de lutte contre les maltraitances, la protection maternelle et infantile (PMI).

Le MK comme tout autre professionnel de santé participe clairement à cet enjeu de santé publique et est un acteur de prévention et de détection face à ces violences.

2.2.2.2 Les actions gouvernementales et mondiale

Le 20 novembre 2019, a été lancé par le gouvernement français, le plan de lutte contre les violences faites aux enfants. Ce plan a pour « objectif de protéger chaque enfant en tout lieu et à tout moment, afin qu'aucun contexte ni aucun environnement n'échappe à la vigilance nécessaire » [51]. Deux ans après ce lancement, sept principales mesures ont été déployées sur le terrain, parmi lesquelles figure : « La formation des professionnels au contact des enfants sur les maltraitances » [51] (*annexe 7*).

Au niveau mondial, a été lancé à l'occasion d'un Sommet des Nations Unies en 2015, un nouveau programme intitulé « programme de développement durable horizon 2030 ». Ce programme vise à mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes et prévoit « un monde où [sont] universellement respectés les droits de l'homme et de la dignité humaine, l'état de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination » [52]. 17 objectifs émanent de ce programme et l'accent est porté sur « l'autonomisation des femmes et des groupes vulnérables tels que les enfants, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes âgées, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants » [52]. La cible 16.2 de ce programme est de : « mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants » [53]. De plus, l'OMS a créé en 2016 un programme intitulé INSPIRE. Celui-ci propose sept stratégies afin de mettre fin aux violences à l'encontre des enfants via les différents types de prévention et s'appuyant sur : « l'application des lois, la mise en place de normes et de valeurs, la sûreté des environnements, l'appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants, les revenus et le renforcement économique, les services de lutte et d'appui et l'éducation et le savoir-faire pratique » [54].

2.2.2.3 Les recommandations de la HAS

La HAS a publié en janvier 2021, le premier cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou en risque de l'être. L'objectif de ce cadre national est d'harmoniser les pratiques sur le territoire national et d'améliorer la qualité de l'évaluation des informations préoccupantes afin de faciliter la prise de décision. Ces recommandations sont divisées en livrets et en une boîte à outils (*annexe 8*) [12].

2.2.2.4 Les associations

Les associations luttant contre les maltraitances infantiles sont également des moyens de prévention et d'informations accessible pour tous. En France, de nombreuses associations existent telles que : « enfantbleu.org » [55], « sosenfanceendanger.fr » [56], « associationlespapillons.org » [57].

B. Le masseur-kinésithérapeute un professionnel engagé

1. La profession de masseur-kinésithérapeute

1.1 Définition

Au début du XIX^e siècle, le suédois Pehr Henrik Ling établit une méthode de gymnastique préconisant une pratique graduelle et adaptée. La gymnastique médicale associée aux massages ancestraux datant de la Grèce et Rome Antique, forment ainsi une nouvelle mouvance dans le monde médical sans être véritablement reconnu. La kinésithérapie fera définitivement preuve de son efficacité à la suite des Première et Seconde Guerres mondiales. En effet, de nombreux combattants blessés ont besoin de soins avec une récupération rapide et le moins de séquelles possibles afin de retourner au combat. Ainsi, le 30 avril 1946, le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est créé se substituant à la spécialité d'infirmier-masseur et aux gymnastes médicaux [58]. La dernière définition officielle de la masso-kinésithérapie a été mise à jour en janvier 2016. Celle-ci définit la masso-kinésithérapie comme : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.* » article 4321-1 selon l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes (**annexe 9**) [59].

1.2 La formation du MK

Depuis la création du diplôme d'État en 1946, la profession de MK n'a cessé d'évoluer. Outre l'acquisition de nouvelles compétences au fil des années, la formation initiale du MK a également été réorganisée à plusieurs reprises passant de 2 ans de formation à 4 ans. La dernière réforme des études de masso-kinésithérapie de 2015, avait pour but notamment de renforcer le rôle de prévention et de promotion de la santé dans le champ de compétence du MK (Cf compétences du MK) [60]. Le code de déontologie exige pour les MK de se former en continu tout au long de leur carrière. Cette formation continue obligatoire permet d'effectuer des actes adaptés à l'évolution des sciences et des techniques engendrant ainsi une meilleure qualité de soin. Depuis le 1^{er} janvier 2023, a été mise en œuvre via l'article L4022-2 et L4022-3 du code

de la Santé publique, l'obligation des MK d'établir un programme minimal d'actions tous les six ans, afin notamment d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences (*annexe 10*) [61].

1.3 Les compétences du MK

La réforme des études de masso-kinésithérapie instaurée en septembre 2015 a permis d'introduire un nouveau référentiel de compétences du MK. Celles-ci sont au nombre de onze et se divisent en deux catégories distinctes : C1 à C5 compétences « cœur de métier » et C6 à C11 compétences « place du professionnel dans son lieu de travail et dans le système de soin » [62] (*annexe 11*).

La **compétence numéro 3** à savoir « *concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » [63] répond tout à fait à la détection de maltraitance. Les sous-parties 9, 10 et 12 détaillent ce rôle de détection (*annexe 12*).

La **compétence 6** du décret de compétences du MK à savoir, « *Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie* », appuie également ce rôle de promoteur de santé et de conseiller [63]. Les sous-parties 4, et 7 détaillent ce rôle de prévention (*annexe 13*).

1.4 Code de déontologie : un support indispensable

Le décret n°2008-1135 du 03 novembre 2008 établit officiellement le code de déontologie des MK [64]. Conformément à l'article R. 4321-51 du code de la santé publique, ce code de déontologie s'applique à tous les MK [64]. Concernant le sujet de la maltraitance infantile, il est établi dans le code de déontologie du MK que celui-ci est le garant et le défenseur de l'enfant. En effet selon l'article R4321-89 « *Le masseur-kinésithérapeute doit être le défenseur de l'enfant, lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* » [65]. Le MK a pour devoir d'alerter les autorités compétentes lorsqu'il est face à un cas de maltraitance. En effet, selon l'article R. 4321-90 du code de déontologie du MK : « *Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son*

âge ou de son état physique ou psychique, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, il alerte les autorités judiciaires, médicales ou administratives » [66]. Le MK n'a pas besoin du consentement de l'enfant s'il suspecte une maltraitance chez un mineur de moins de 15 ans comme indiqué par l'article 4321-61 du code de la santé publique (*annexe 14*) [67].

1.5 Cadre légal

La peur des représailles [68] ou du mauvais jugement [69] peuvent freiner les professionnels de santé à signaler les cas de maltraitance. C'est pourquoi la loi n°2015-1402 de novembre 2015 est apparue afin de clarifier la procédure de signalement de cas de maltraitance [70]. Celle-ci protège tout professionnel de santé souhaitant alerter un cas de maltraitance. Aucune poursuite judiciaire ne sera alors possible à l'encontre de l'auteur du signalement même s'il s'avère qu'il n'y a pas de maltraitance. Exception faite si l'auteur du signalement n'a pas agi en bonne foi. Afin de pouvoir alerter les autorités compétentes, l'article 226-14 du code pénal issu de la loi du 5 mars 2007 autorise la levée du secret professionnel (*annexe 15*) [71].

2. Le MK face à la maltraitance

2.1 Le MK, un professionnel au service de la santé

La santé est un système complexe qui a longtemps été difficile à définir. En effet, l'utilisation des termes « santé », « être en bonne santé », a beaucoup évolué au fil des années, passant de l'absence de maladie à la notion de bien-être complet. En 1946, l'OMS a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [72]. Aujourd'hui dire d'une personne qu'elle est en bonne santé s'apparente à se référer au modèle biopsychosocial à savoir aborder l'individu en prenant en compte son état physique, mental et social [73]. Introduit en 1977 par le psychiatre Engel, ce modèle innovant, a succédé au modèle biomédical qui de par son nom, ne voyait en la « bonne santé », qu'un individu sans pathologie. En réalité, le modèle biomédical s'appuyait uniquement sur les besoins physiologiques de l'être humain pour se maintenir en vie. La pyramide des besoins selon Maslow de 1943 (*annexe 16*) est une représentation conforme du début de la prise de conscience de l'ensemble des besoins nécessaires à la vie de l'homme. Le modèle biopsychosocial quant à lui, s'appuie sur divers

éléments tels que : le besoin de protection et de sécurité émotionnelle, les besoins sociaux (appartenance, amour de ses parents), l'estime de soi, l'accomplissement, les croyances et attentes individuelles [74].

2.2 Le MK : un témoin de la maltraitance infantile

Du fait de sa profession de soignant, le MK est une personne avec des responsabilités et des devoirs concernant la détection de la maltraitance infantile. Deux cas de figure peuvent ainsi se distinguer : le MK est témoin de maltraitance infantile dans le cadre de sa profession ou le MK est témoin de maltraitance infantile en dehors de sa profession.

Lors de l'exercice de sa profession, que celle-ci soit en structure, en cabinet libéral ou à domicile, le MK se doit d'alerter le médecin de l'enfant et/ou les organismes de protection infantile s'il suspecte une maltraitance infantile. Que la maltraitance infantile soit opérée sur son patient ou sur un membre de la famille de celui-ci (par exemple, un membre de la fratrie), le MK a le devoir d'alerter les autorités compétentes. Soulignons que le MK est considéré comme une personne initiée, une personne avec des responsabilités et qui de par son diplôme de soignant a des obligations encore plus importantes qu'un simple citoyen Français. Le MK qui ne porte pas assistance à un enfant maltraité peut être doublement jugé, d'une part pour non-assistance à personne en danger [75] (**article 223-6 du code pénal, annexe 17**) et de l'autre pour non-respect du code de déontologie de sa profession [76] (**article R4321-60 du code de santé publique relatif aux MK, annexe 18**). Véritablement, le diplôme d'État de MK engage une dimension éthique, morale et déontologique face aux suspicions de maltraitance. Mais ce rôle s'étend également hors du cadre professionnel. En effet, comme tout citoyen quel que soit son âge, sa profession ou son milieu socio-économique, nous avons un devoir d'alerte face à une suspicion de maltraitance infantile (entourage, ami, famille, inconnu) comme le confirme l'article 223-6 du code pénal.

2.3 Les rôles du MK dans la lutte contre la maltraitance

2.3.1 Le rôle dans la détection

Comme vu précédemment, la détection a pour objectif de déceler l'existence de quelque chose de caché ou à peine perceptible. Dans le cadre d'une maltraitance infantile, le but est

donc de freiner ou de stopper la progression de celle-ci le plus rapidement possible, afin de limiter les conséquences physiques, psychologiques et sociales sur l'enfant. Le MK de par sa profession est donc à même de détecter tant les signes physiques que psychiques de maltraitance ou les souffrances de l'enfant [77]. Son rôle est d'observer et de questionner l'enfant sur l'univers dans lequel il vit (condition de vie, respect de ses droits), son état général (comme par exemple son alimentation, l'hygiène, l'état cutané), mais aussi son développement et son comportement. Le décret de compétences du MK réaffirme ces éléments comme énoncés dans la compétence 1 : « analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique » [63]. Les sous-parties 1 et 8 détaillent l'importance de l'évaluation globale du patient par le MK (*annexe 19*).

2.3.2 Le rôle dans la prévention primaire

La prévention primaire de la maltraitance infantile se concentre sur le repérage des facteurs de risque susceptibles d'engendrer une maltraitance [78]. De fait de sa définition, la prévention primaire a lieu avant que la maltraitance infantile ne se produise [78]. En tant que promoteur de santé, le MK peut transmettre des informations et conseils relatifs aux maltraitements infantiles et aux situations à risque via des affiches informatives dans leur salle d'attente par exemple. En mars 2016, la loi de protection de l'enfance (loi n°2016-297 du 14 mars 2016) a été votée et a pour objectif de renforcer les actions de prévention en faveur des enfants et des parents ainsi que d'accentuer les actions de repérage et de traitement des situations de danger [79]. Le MK s'inscrit donc grâce à son champ de compétences comme un acteur indispensable en matière de prévention et promotion de la santé. Mais, nous rappelons que d'autres professionnels de santé ont un rôle dans cette prévention primaire comme les pédiatres ou les sages-femmes. L'étude de Dias et al est en exemple d'action concernant la prévention primaire des maltraitements infantiles. En effet, Dias et al ont développé un programme de prévention post-partum en milieu hospitalier qui consiste à enseigner aux parents les dangers de secouer les bébés et comment gérer leur stress face à des pleurs inconsolables [80]. Dias et al ont ensuite comparé l'évolution des taux de traumatismes crâniens abusifs dans la région de Buffalo, où ce programme a été mis en place avec le taux dans la région de Pennsylvanie (sans programme). Les résultats de cette étude montrent une diminution de 47 % du taux de traumatismes crâniens abusifs dans la région de Buffalo [80].

2.3.3 Le rôle dans la prévention secondaire

La prévention secondaire de la maltraitance infantile se focalise sur l'identification précoce et la fourniture d'interventions rapides et efficaces aux premiers stades de la maltraitance des enfants [78]. Le MK comme tout autre professionnel de santé constitue un maillon essentiel de la protection de ses patients comme l'évoque l'article R 4321-89 [81]. Que l'exercice de sa profession se fasse en libéral ou en salariat, le MK rencontre un jour ou l'autre des enfants susceptibles d'être victime de maltraitance. Le MK devient donc un acteur de proximité à même de détecter les signes évocateurs de maltraitance. De plus, la profession de MK se veut une profession proche de ses patients (au sens physique et relationnel du terme). En effet, le MK est nécessairement proche de ses patients de par son approche thérapeutique (contact physique entre MK et patient, dénuement), mais aussi grâce aux modalités de prise en charge (séance individualisée de 30 minutes et pluralité de celles-ci) [82]. Ces éléments sont donc en faveur d'une identification précoce des signes de maltraitance chez le MK.

2.3.4 Le rôle dans la prévention tertiaire

La prévention tertiaire de la maltraitance infantile se concentre sur le rétablissement et la prévention de la récurrence de maltraitance infantile [78]. En effet, comme vu précédemment, la maltraitance infantile peut entraîner des conséquences aussi bien physiques, psychologiques que sociales sur l'enfant. Le MK a donc un rôle en tant que rééducateur, dans la prise en charge d'un enfant maltraité. Celle-ci sera établie en fonction des séquelles de la maltraitance. Le syndrome du bébé secoué est l'une des maltraitements subies par des nourrissons. Celle-ci est à l'origine de séquelles neurologiques importantes (déficiences motrices, trouble du comportement, de l'attention) pouvant être prises en charge par un MK [83].

2.4 Le bon comportement à adopter

Le MK est un acteur dans la lutte contre les maltraitements infantiles. Sa profession lui permet d'être en mesure de pouvoir observer les différents signes de maltraitements chez l'enfant. Cependant, nous rappelons que le MK doit faire attention à ne pas juger trop rapidement une situation s'apparentant pour lui à de la maltraitements (Cf diagnostic différentiel). Lorsqu'une

maltraitance est suspectée, le professionnel doit garder une trace écrite de ses premières observations concernant l'enfant puis la transmettre au médecin. Cette retranscription doit être faite de façon claire et synthétique [84]. En aucun cas, le professionnel ne doit émettre un jugement sur la situation [84]. Il se doit de rester le plus neutre possible via les parents ou autres personnes responsables de l'enfant même si les responsables de l'enfant sont les auteurs présumés de la maltraitance. En effet, le code de déontologie rappelle que lorsqu'un MK discerne qu'une personne est victime de sévices, il doit mettre en œuvre les moyens nécessaires pour « la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. » [66]. Enfin, le MK ne doit pas se faire justice lui-même même si une situation de maltraitance est notable, il doit en référer au médecin ou au service de protection infantile [44].

C. Prise en charge d'un enfant victime de maltraitance

Une approche multidisciplinaire est recommandée pour évaluer et traiter adéquatement les enfants victimes de maltraitance [85].

1. La prise en charge médicale

Lorsqu'un enfant est victime de maltraitance, une prise en charge médicale est mise en place. Le but de cette prise en charge est d'éviter les éventuelles conséquences à court, moyen et long terme [86]. La prise en charge médicale s'appuie sur un travail interdisciplinaire (pédiatre, dermatologue ou radiologue) [87]. Afin de confirmer le diagnostic de maltraitance, le médecin réalise un interrogatoire avec l'enfant et son entourage. L'interrogatoire doit se faire sans jugement et avec des questions ouvertes. Il est préférable de faire un entretien seul avec l'enfant (s'il donne son accord) [88]. Puis un examen clinique complet de l'enfant dévêtu est effectué, à la recherche de signes évocateurs de maltraitance (développement psychomoteur anormal, capacités de l'enfant altérées, signes cutanés...) [88].

2. La prise en charge psychologique

La maltraitance des enfants entraîne un risque accru de psychopathologie tout au long du développement de celui-ci, notamment des troubles d'intériorisation, d'extériorisation, des

troubles neuro-développementaux et des difficultés dans les relations sociales [89]. Ce traumatisme émotionnel vécu par l'enfant peut induire également des problèmes de régulation émotionnelle, une hypervigilance de l'enfant face aux signes de danger, une amplification des signes non verbaux au détriment des signes verbaux ainsi que l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) [90]. En effet, selon une étude multicentrique publiée en 2018 par Adam et al et une étude comparative publiée en 2019 par Niazi et al, l'exposition répétitive et fréquente à la maltraitance entraîne plusieurs problèmes de santé mentale, y compris le SSPT, l'anxiété et la dépression [91], [92]. Un enfant en raison de sa vulnérabilité développementale des premières années peut rapidement être en détresse psycho émotionnelle [89]. Le psychologue a donc un rôle de conseiller envers l'enfant afin de réduire cette charge émotionnelle liée au traumatisme [93]. Le psychologue va établir avec l'enfant une relation de confiance et permettre à l'enfant d'exprimer ce qu'il a compris de la situation, ce qu'il a subi et ce qu'il vit [94]. Le dialogue verbal entre l'enfant et le psychologue peut être compliqué. C'est pourquoi, le psychologue utilise également les dessins, les jeux et les tests afin de communiquer avec l'enfant [94]. Le psychologue ne doit en aucun être un « justicier » [95].

3. La prise en charge sociale

A la suite d'un signalement pour maltraitance infantile, le service de l'ASE peut intervenir au domicile de l'enfant afin d'évaluer sa situation. 3 cas de figure sont alors envisageables :

- Premièrement, l'examen de la situation conclut à un risque de danger pour l'enfant et les parents acceptent une aide. L'ASE peut ainsi proposer diverses mesures de protection administratives telles que des aides éducatives à domicile ou un accueil/ hébergement ponctuel en famille d'accueil, en établissement pour mineurs ou une garde de l'enfant par un membre de sa famille (autre que les auteurs présumés) [96].

- Deuxièmement, l'examen de la situation conclut à un risque de danger pour l'enfant et les parents refusent la mise en place des mesures de protection administratives proposées ou celles-ci sont inefficaces. L'ASE met en place des mesures judiciaires et peut saisir le procureur de la République qui va saisir un juge des enfants afin de mettre en place un placement temporaire en urgence (si présence d'un grand danger pour l'enfant) ou une AEMO [96].

L'AEMO signifie le maintien de l'enfant à domicile avec l'obligation pour sa famille de rencontrer divers professionnels (éducateurs, des travailleurs sociaux, psychologue) [47].

- Enfin, l'examen de la situation conclut à l'existence d'un danger immédiat pour l'enfant. Le juge est saisi et l'enfant est placé en famille d'accueil/ village d'enfants temporairement. Les mesures de placement durent deux ans maximum pouvant être renouvelées. Lorsque l'enfant est placé, les parents peuvent avoir un droit de visite. De même, ils ont une obligation de contribution financière à la prise en charge de leur enfant sauf décision contraire du juge [96]. Selon l'acte commis, l'autorité parentale peut être retirée ou non, temporairement ou non [97]. Cette décision est prise par un juge en fonction de la gravité de l'acte commis.

4. La prise en charge kinésithérapique

4.1 La place de la rééducation

Comme nous avons vu précédemment, la maltraitance infantile peut engendrer des conséquences plus ou moins importantes sur l'enfant. Du fait de son jeune âge, l'enfant est un être vulnérable qui selon le pédiatre A. Tursz n'a « aucun point de référence et aucune possibilité de partager son sentiment de révolte » [98]. Toujours selon A. Tursz, « L'enfant est triplement livré à sa famille maltraitante : par les mauvais traitements eux-mêmes, par l'impossibilité d'en identifier le caractère anormal et par celle d'accuser les coupables » [98]. Cette situation est encore plus prégnante chez le nourrisson, qui ne parle pas et se trouve confiné au domicile. De la maltraitance subie, l'enfant peut donc développer des troubles dès ses premiers mois de vie. Sans intervention médicale et paramédicale, ces troubles peuvent se répercuter à vie [98]. Une rééducation multimodale peut donc être nécessaire (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie). Le syndrome du bébé secoué est une maltraitance infantile se caractérisant par un épisode de secousse violente de l'enfant, entraînant une altération ou destruction neuronale [99]. Cette altération neurale peut causer des troubles neuro-développementaux, des troubles comportementaux ou des hémiparésies [99]. Une prise en charge médicale, rééducative et éducative chez ce nourrisson est donc importante et peut s'étendre sur des années voire à vie [99]. Outre les conséquences neurologiques, les diverses maltraitances infantiles peuvent occasionner d'autres troubles. Nous pouvons citer l'exemple

des brûlures (brûlure par l'eau du bain, cigarette...). En effet, les brûlures intentionnelles par maltraitance représentent 8 à 25% des brûlures de l'enfant. [100]. La brûlure occasionne chez l'enfant un handicap impactant son état développemental, fonctionnel et esthétique [101]. Selon son étendue, sa profondeur ainsi que l'âge de l'enfant, la brûlure nécessite une prise en charge rééducative adaptée se concentrant principalement sur la prévention des cicatrices, la restauration des capacités fonctionnelles (les amplitudes articulaires complètes, la force musculaire) ainsi que la réintégration de l'enfant dans la communauté [101]. La rééducation est assurée par une équipe pluridisciplinaire dont le MK fait partie et peut durer des mois voire des années avec un suivi à long terme [101].

4.2 Les difficultés rencontrées dans la prise en charge

La masso-kinésithérapie se pratique le plus souvent à deux, à savoir le masseur-kinésithérapeute et son patient. D'autres acteurs peuvent également intervenir (parents, tuteurs...). Une relation particulière et unique se crée entre ces individus tout au long de la prise en charge [102]. Cependant, des difficultés peuvent naître dans cette relation.

4.2.1 Concernant l'enfant

La maltraitance d'un enfant peut entraîner des répercussions sur la relation entre celui-ci et un adulte, et plus globalement sur la prise en charge et la qualité des soins. La peur est l'un des éléments pouvant influencer la prise en charge. En effet, celle-ci est le témoin d'une émotion, d'un signal d'alarme suite à une menace perçue par le patient [103]. La peur entraîne ainsi de nombreuses réactions comme : l'hyper vigilance, l'évitement [103] ou la fuite [104] pouvant elles-mêmes influencer la relation thérapeutique et la prise en charge. Excepté la peur, les émotions et le vécu de l'enfant maltraité ainsi que les circonstances de celles-ci peuvent influencer la prise en charge. En effet, vivre une maltraitance peut entraîner un état émotionnel instable, voire un état post-traumatique [105]. Un article publié par Bugental et al. évoque une réactivité hormonale importante au stress chez les nourrissons ayant reçu des châtiments corporels fréquents [106].

4.2.2 Concernant le MK

Les réactions du soignant face aux maltraitances dépendent d'un certain nombre d'éléments comme son vécu, sa maturité, son expérience ou le fait de lui-même devenir parent [69]. La prise en charge d'un enfant maltraité peut s'avérer complexe. En effet, certaines réactions dépendantes de la personnalité du MK peuvent apparaître telles que :

- **Le déni** : *« le soignant considère que la violence n'existe pas ou peu. Si l'enfant est en âge de s'exprimer, le soignant ne l'écoute pas ou élude les allusions, même évidentes, que l'enfant tente de faire. (...) Le déni contribue à retarder le diagnostic de maltraitance ».*

- **La projection** : *« le soignant se laisse submerger par son histoire ou ses inquiétudes personnelles (...) Il lui devient alors rapidement impossible d'écouter l'enfant et son entourage, et donc d'effectuer la prise en charge attendue ».*

- **Le surinvestissement** : *« cette attitude fréquente peut s'expliquer par la valorisation induite sur le soignant (...) (Ses parents sont des monstres, je vais m'occuper de lui, je serai ce bon parent qui lui a manqué) ».*

- **La toute-puissance** : *« le soignant se substitue au policier. Dès lors qu'il existe une suspicion de maltraitance, il interroge, tire des conclusions, trouve le coupable et pense obtenir des aveux. Or, le soignant n'est pas en mesure d'analyser des faits, n'a qu'une version des événements et l'auteur n'est pas nécessairement l'accompagnateur de l'enfant. Il s'agit seulement d'interprétations, d'impressions et de suppositions, par définition non objectives ».*

- **Le jugement** : *« le soignant endosse un rôle de juge, que les faits soient avérés ou non. Il s'agit alors de faire payer au coupable, ce « monstre », les souffrances endurées par l'enfant. Un véritable harcèlement insidieux peut se mettre en place de la part d'un ou plusieurs soignants : regards accusateurs, silence glacial, (...) Cette attitude s'explique, là encore, par un mécanisme de défense du soignant » [69].*

4.2.3 Concernant les parents

Dans 80% des cas, la maltraitance est infligée au sein de la famille [33]. La relation entre les parents et le MK peut devenir complexe. Le MK doit donc adopter un positionnement adéquat ainsi qu'une juste distance par rapport à l'enfant et son entourage [69]. Ces éléments sont difficiles à mettre en place, car lors d'une séance, les parents peuvent parler à la place de

leur enfant, être indifférent vis-à-vis de leur enfant, refuser des investigations médicales plus poussées ou encore avoir une attitude agressive envers le professionnel de santé [36]. Face à ces situations difficiles, le MK doit rester mesuré et vigilant afin de garder son sang-froid [69].

D. Problématisation, question de recherche

1. Problématisation

Au travers de cette revue exploratoire de la littérature, il semble évident de souligner la présence de la maltraitance infantile dans notre société et ceux, quel que soit le milieu socio-économique [14]. En effet, les chiffres de la maltraitance infantile augmentent de façon exponentielle depuis plusieurs années bien qu'ils soient encore sous-estimés [12]. Prévenir et détecter la maltraitance infantile le plus rapidement possible constitue donc un enjeu de santé publique majeur afin de limiter ses conséquences à court comme à long terme [88]. C'est pourquoi, en réponse à cet enjeu, le gouvernement, les associations ou encore les autorités publiques ont mis en place différentes actions visant à renforcer la détection et la prévention. Parmi elles, en 2019, le gouvernement a mis en place le plan de lutte contre les violences faites aux enfants. Ce plan de lutte comprenait plusieurs objectifs, dont la formation des différents professionnels de santé afin d'agir contre ce phénomène [51]. En 2014, la HAS a révélé que seulement 5 % des signalements pour maltraitance infantile provenaient des professionnels de santé [107]. Ce chiffre peut donc nous interpeller, pourquoi seulement 5% de signalements ? Les professionnels de santé ont-ils conscience qu'ils ont un rôle à jouer ? Font-ils face à des difficultés dans la détection et la prévention des maltraitements infantiles ? Comment appréhendent-ils ce phénomène ? Quelles connaissances ont-ils réellement sur la maltraitance infantile ? Aujourd'hui, après trois ans de crise sanitaire liée au COVID-19, où se sont succédé confinements et restrictions sanitaires, comment les mentalités des différents professionnels de santé ont-elles évolué face à l'augmentation du nombre de cas de maltraitance infantile ? Les différents drames intrafamiliaux qui rythment nos sujets d'actualité ont-ils un impact sur cette prise de conscience ? Nous nous devons de mettre en avant le fait que les enfants ne sont pas des patients ordinaires. Ils ont, du fait de leur âge, une incapacité à communiquer et à exprimer ce qu'ils vivent, ce qu'ils ressentent [98]. Nous pouvons penser par exemple aux nourrissons qui ne peuvent pas communiquer verbalement avec nous excepté par des pleurs. Du fait de leur

âge, les enfants n'ont pas forcément conscience de la maltraitance qu'ils subissent. Ils ne peuvent donc pas la signaler [98]. A contrario, lorsqu'ils en ont conscience, les enfants ne veulent pas forcément dénoncer l'auteur des actes, par peur ou menace notamment [22]. La maltraitance infantile reste encore aujourd'hui un sujet largement tabou en France et fait même l'objet d'un vrai déni chez certains professionnels.

2. Question de recherche

Face à ces interrogations, notre question de recherche pour ce travail sera la suivante :

Quels sont les connaissances et les moyens mis en place par les MK dans la prévention et la détection face à une situation de maltraitance infantile ?

3. Hypothèses

Hypothèse 1 : Les masseurs-kinésithérapeutes ont des connaissances sur la maltraitance infantile et les signes associés.

Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes détectent et alertent les autorités compétentes face à une suspicion de maltraitance infantile.

Hypothèse 3 : Les masseurs-kinésithérapeutes ont conscience de leurs rôles face aux maltraitements infantiles (rôle de détection et prévention).

L'hypothèse 1, permet de prendre conscience des connaissances et savoirs véritables des MK sur la maltraitance infantile ainsi que les signes associés.

L'hypothèse 2, vise à illustrer la capacité de détection d'une maltraitance infantile par les MK et leurs démarches à la suite de ce recueil d'informations.

L'hypothèse 3, a pour but de mettre en lumière les connaissances et la conscientisation des MK concernant leurs différents rôles face aux maltraitements infantiles.

Ces 3 hypothèses vont nous permettre de savoir si aujourd'hui en 2023, les MK sont armés pour détecter et prévenir une maltraitance infantile vérifiant ainsi la responsabilité et l'efficacité d'un professionnel de santé.

III. Méthodologie

A. Choix de la méthode

Afin de répondre à notre question de recherche et de valider ou invalider nos hypothèses, il convient d'établir un état des lieux des connaissances et des moyens des MK concernant la maltraitance infantile. Une enquête par questionnaire est donc l'outil méthodologique retenu. Le questionnaire a été préféré à l'entretien, car il est possible de le diffuser à une large partie de la population permettant ainsi d'avoir un résultat plus représentatif de la réalité. De surcroît, l'absence d'interaction directe entre l'étudiant et les participants, permet de laisser un laps de temps pour répondre et ceci sans jugement, critère important pour ce thème souvent tabou et délicat à aborder pour certains professionnels. Enfin, le questionnaire a été élaboré par rapport à la revue de littérature, car il permet de faire un état des lieux à un instant T des connaissances et moyens réels mis en place par des MK sur le terrain.

B. Objectifs

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des connaissances et des moyens mis en place par le MK libéraux en 2023 concernant la prévention et la détection des maltraitances infantiles. Secondairement, il sera intéressant d'analyser si certains facteurs influencent les choix des MK face à une situation de maltraitance (formations, expériences professionnelles et personnelles, travail pluridisciplinaire, croyances...). A titre personnel, ce travail a pour but d'approfondir mes connaissances sur ce sujet, de me sentir plus à l'aise si je rencontre un cas de maltraitance et ainsi pouvoir conseiller mes confrères s'ils sont confrontés à cette situation.

C. Population cible

1. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour le questionnaire à destination des MK sont les suivants :

- Être masseur-kinésithérapeute diplômé d'État (MKDE) ou MK avec une équivalence validée et une autorisation d'exercer sur le territoire Français.

- MK exerçant en France avec un mode d'exercice en libéral.

Les critères de non-inclusion sont les suivants :

- MK exerçant en salariat
- MK n'exerçant pas en France
- Professionnels de santé autres que MK

Aucun critère d'exclusion n'est retenu.

2. Population étudiée

Un questionnaire sera adressé aux MK exerçant en libéral et prenant ou non en charge des enfants. Il est également intéressant d'interroger les MK ayant effectué des formations en pédiatrie, mais nous n'imposons pas ce critère pour intégrer les MK à cette étude.

3. Échantillon de l'étude

Le site « Survey Monkey » a été utilisé afin de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire pour obtenir des résultats significatifs. Premièrement, il est nécessaire de calculer le nombre de MK exerçant en libéral en France. Suite à une estimation, il y a 90 790 MK inscrits au tableau de l'ordre des MK au 1^{er} janvier 2022, dont 83 196 MK libéraux [108]. Pour une population étudiée de 83 196 professionnels, un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, 383 réponses minimum sont nécessaires afin que les résultats soient significatifs [109].

D. Construction et composition du questionnaire

Ce questionnaire a été conçu à l'aide de la plateforme en ligne Google Forms®. Ce choix a été encouragé par la facilité d'utilisation de cette plateforme que ce soit pour la création du questionnaire ou l'exploitation des données par la suite. De plus, la plateforme Google Form® est gratuite et consultable par toute personne disposant d'une connexion internet et d'un compte Google. Grâce à cette plateforme, le participant interrogé peut, s'il se trompe dans la réponse cochée ou rédigée, revenir en arrière. Cela permet ainsi de limiter les erreurs de

retranscription. Les réponses sont enregistrées automatiquement sur la plateforme permettant au participant de prendre le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Ce questionnaire est composé de 41 questions, réparties en 8 sections. Parmi ces questions, 37 sont des questions fermées (31 questions à choix unique (QCU) et 6 questions à choix multiples (QCM)). 4 sont des questions ouvertes (questions où le participant est amené à écrire une réponse). Enfin, 2 questions ne sont pas obligatoires (questions sur l'IFMK et les remarques à nous faire). Dans de nombreuses questions, il y a la présence de l'option « autres », permettant aux participants d'ajouter une réponse parmi celles non proposées. Certaines questions sont décomposées en plusieurs sous-questions suivant la réponse enregistrée précédemment par le participant.

Pour rédiger ce questionnaire, il a été indispensable de consulter les conditions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). La CNIL précise que « la collecte de données personnelles doit s'accompagner d'une information claire et précise des personnes concernant : l'identité du responsable du fichier, la finalité du fichier, le caractère obligatoire ou facultatif des réponses [...], les destinataires des données, leurs droits (droit d'accès, de rectification et d'opposition) » [110]. L'ensemble de ces conditions a été décrit sur la première page du questionnaire.

Le début de questionnaire s'ouvre sur une brève introduction de ce travail (contexte, thématique et temps estimé) ainsi que l'objectif de ce travail.

La première section débute par un formulaire d'information et de non-opposition. A la fin de celui-ci, une case est à cocher obligatoirement par le participant. Elle permet de vérifier que le MK a pris connaissance du respect de l'anonymat des réponses et du traitement des informations recueillies. Puis le MK a accès à 4 questions. Ces questions ont pour but de vérifier nos critères d'inclusion et de non-inclusion. Ces questions sont obligatoires et une seule réponse est attendue : oui. En répondant « non » à une des 4 questions, le MK est directement redirigé vers la page de remerciement final. S'il répond « oui » aux 4 premières questions, il accède à la partie suivante.

La seconde section permet de collecter des informations générales relatives au profil du MK participant. Cette section se divise en deux sous-parties. Une première sous-partie concerne la formation du MK : a-t-il été sensibilisé aux maltraitances infantiles ? A-t-il des formations complémentaires en pédiatrie ? Pense-t-il que ce sujet doit être traité en cours en IFMK ? La seconde sous-partie s'intéresse aux modalités de prise en charge du MK : le MK

prend-il en charge des enfants ? Si oui, combien d'enfants prend-il en charge par mois ? La présence des parents, est-elle obligatoire en séance pour lui ? L'ensemble de la section 2 comprend au minimum 5 questions. Selon les réponses du participant aux questions numéro 5, 7 et 8, des sous-questions apparaissent.

Lors de la troisième section, le participant est interrogé sur ses connaissances concernant la maltraitance infantile : quelle note se donnent-ils concernant leur niveau de connaissances sur le sujet ? Peuvent-ils donner une définition de la maltraitance infantile ainsi que les différentes formes de maltraitements ? Selon eux, les MK ont-ils un rôle dans la détection, la prévention et la prise en charge d'un enfant maltraité ? Les MK ont-ils une notion de l'épidémiologie des maltraitements infantiles en France ? Ont-ils connaissance des 3 catégories de l'ODAS ? Enfin, reconnaissent-ils la présence de maltraitance dans les 5 situations décrites. La section 3 comprend 9 questions. En répondant « non » aux questions numéros 14, 15, 16, le participant a accès à des sous-questions.

La quatrième section aborde le rôle du MK dans la détection. Elle se divise en trois sous-parties. La première sous-partie questionne les MK sur leurs connaissances concernant les recommandations de la HAS ainsi que leurs expériences professionnelles face à une situation de maltraitance : ont-ils déjà été confrontés à ce type de situation ? Quelles ont été les conséquences pour l'enfant ? Quels sont les facteurs de risque importants pour eux ? La deuxième sous-partie analyse le raisonnement clinique du MK face à une suspicion de maltraitance infantile. Nous avons choisi de présenter trois cas cliniques fictifs dans lesquels une suspicion de maltraitance pourrait être envisagée afin d'observer les choix faits par les MK. La troisième sous-partie questionne le participant sur les démarches à suivre pour alerter. Quelle note se donnent-ils sur leur facilité de détection d'une maltraitance ? Quel signe est indispensable pour alerter selon eux ? Ont-ils conscience qu'ils sont protégés par la loi en cas d'alerte ? Qui contacter en cas de suspicion ? Ressentent-ils des freins au signalement ? L'ensemble de la section 4 comprend 10 questions. En répondant « oui » aux questions numéro 21 et 29, le participant a accès à des sous-questions.

La cinquième section permet de collecter des informations sur le rôle du MK dans la prévention des maltraitements et sur les actions qu'ils mettent en place. Cette section comprend une question. Une sous-question apparaît si le MK répond oui à la question précédente.

La sixième section aborde la prise en charge kinésithérapique d'un enfant maltraité. Existe-t-il un frein à cette prise en charge pour les MK ? Quelles sont les adaptations des MK

pour ce type de prise en charge ? Les MK travaillent-ils en lien avec d'autres professionnels de santé ? Cette section comptabilise 3 questions. En répondant « oui » aux questions numéro 31 et 33 le participant a accès à des sous-questions.

La septième section, interroge les participants sur des aspects plus personnels : genre, âge, année d'obtention du diplôme et IFMK (question sur l'IFMK non obligatoire). Puis deux questions d'ouverture sont proposées aux MK. Nous leur demandons s'ils souhaitent avoir des informations supplémentaires sur ce sujet et si oui, sous quel type de format (fiches, vidéos, formations...). Cette section compte 6 questions.

La huitième section se divise en deux questions : une question remarque ou questionnement sur ce travail (question non obligatoire) et une question sur le souhait de recevoir ce travail ainsi les résultats finaux.

La carte mentale (*annexe 20*) et l'intégralité du questionnaire tel qu'il a été envoyé aux participants sont disponibles en annexe (*annexe 21*).

E. Diffusion du questionnaire

Avant la diffusion du questionnaire, une phase de pré-test (du 06/01/2023 au 04/02/2023) a permis d'estimer le temps nécessaire pour réaliser l'intégralité du questionnaire et a permis de vérifier la bonne compréhension des questions. Pour cette phase de pré-test, le questionnaire a été envoyé à : 4 étudiants en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie de l'IFRES-IFMK d'Alençon, 3 MKDE, 3 participants n'ayant pas de lien avec la masso-kinésithérapie. Cette phase a permis de réajuster la formalisation des questions et de corriger les difficultés de compréhension.

La population cible de ce questionnaire étant tous des MK libéraux de France, nous avons choisi de diffuser notre questionnaire via les réseaux sociaux (Facebook : plateforme gratuite, nécessitant la création d'un compte). Sur cette dernière, notre questionnaire a été diffusé sur différents groupes spécifiques dédiés aux mémoires et à la recherche kinésithérapique, mais aussi sur des groupes permettant l'échange d'annonces entre MK. Sur Facebook toujours, notre travail a été diffusé sur différents comptes d'associations de kinésithérapie pédiatrique française. Nous avons également fait le choix, de partager notre questionnaire sur Instagram via différents MK afin de toucher un maximum de personnes.

L'accès aux réseaux sociaux pouvant être un biais et toujours dans l'optique de toucher un maximum de MK, nous avons décidé d'envoyer notre questionnaire au conseil de l'ordre des MKDE et par mail à différents MK et URPS.

La première diffusion du questionnaire a eu lieu le 04/02/23, puis des relances ont été effectuées le 11/02/23, 25/02/23 et 18/03/23. Le questionnaire a été clôturé le 26/03/23.

F. Traitement des données

Les réponses ont été collectées via Google Forms® puis extraites vers une feuille de calcul Excel® afin d'être analysées. Un nettoyage des données a été effectué permettant d'harmoniser certaines réponses identiques sur le fond mais formulées différemment.

IV. Résultats

Le questionnaire a recueilli 123 réponses. Les résultats ne sont donc non significatifs. Sur 123 réponses obtenues, seules 116 ont été conservées. 7 ont été exclues, car les participants ne pratiquaient pas une activité libérale qui était l'un de nos critères d'inclusion de l'étude. Par souci de place, les graphiques représentant les résultats sont disponibles en annexe.

A. La population interrogée

1. Données personnelles

La moyenne d'âge des MK est de 33,4 ans et la médiane est de 30 ans. Les participants de cette étude sont à 79% des femmes, contre 21% d'hommes (*annexe 22*). Les années d'obtention du diplôme varient entre 1985 et 2022. 8% des MK ont obtenu leur diplôme entre 1985 et 1995, 15% des MK entre 1996 et 2006, 32% des MK entre 2007 et 2017 et 45% des MK entre 2018 et 2022 (*annexe 23*). Concernant les formations complémentaires, 53% des MK ont réalisé au moins une formation en pédiatrie (*annexe 24*). Enfin, les MK sont issus de 35 IFMK sur les 52 présents sur le territoire français. Une répartition sur la carte de France a été réalisée afin d'illustrer nos propos (*annexe 25*).

2. Prise en charge masso-kinésithérapique

Concernant les prises en charge des MK interrogés, 97% des MK ont déjà pris au moins une fois en charge des enfants durant leur exercice libéral (*annexe 26*). 35% des MK prennent en charge entre 1 et 3 enfants par mois, 29% des MK prennent en charge entre 4 et 9 enfants par mois, 18% des MK prennent plus de 30 enfants en charge par mois, 12% des MK prennent en charge entre 10 et 20 enfants par mois et 6% des MK prennent en charge entre 20 et 30 enfants par mois (*annexe 27*).

B. Sensibilisation et connaissance

1. Sensibilisation des MK

Parmi les MK interrogés, 70% affirment n'avoir jamais été sensibilisés au sujet des maltraitances infantiles (*annexe 28*). A contrario, pour les MK sensibilisés à ce sujet (30% des MK), 46% déclarent l'avoir été via leur formation initiale, 29% via les réseaux sociaux, 23% par le biais des formations continues, 14% par le conseil de l'ordre, 9% grâce à des MOOC, 3% via les URPS. Dans la catégorie « autres » (13 MK soit 37% des MK), 3 MK ont été sensibilisés en échangeant avec des confrères (soit 23%). 3 MK via leurs expériences professionnelles (soit 23%). 2 MK ont évoqué une sensibilisation sur ce sujet via des mémoires et travaux d'étudiants (soit 15%). 2 MK via des conférences (soit 15%). 1 MK en échangeant avec des membres travaillant à la PMI (8%). 1 MK dit avoir cherché par intérêt personnel (soit 8%) et 1 MK via des cours de pédiatrie en IFMK (soit 8%) (*annexe 29*).

2. Avis des MK sur l'obligation d'enseigner cette thématique en IFMK

Pour 84% des MK, un enseignement sur ce sujet en IFMK devrait être obligatoire. Les 16% restants (soit 19 MK) déclarent que la maltraitance infantile ne devrait pas être obligatoire en IFMK (*annexe 30*). 4 MK (soit 21%) justifient cette opinion en évoquant le fait que la formation initiale de MK est déjà conséquente et dense. 3 MK (soit 16%) évoquent le fait que cette thématique ne fait « pas partie de notre champ de compétence ». 3 MK (soit 16%) estiment que le terme obligation n'est pas approprié car, selon eux, tous des MK ne sont pas concernés compte tenu du nombre de cas rencontrés. 1 MK (soit 5%) ajoute même que les « étudiants pourraient être eux-mêmes avoir été victimes de violences infantiles, les confronter à des cours sur ce sujet peut être psychologiquement difficile ». 5 MK (soit 26%) se disent plutôt favorables à la création de tables rondes/ conférences ou formations sur cette thématique plutôt que d'instaurer des cours obligatoires en IFMK. 4 MK jugent le terme obligatoire de fort (soit 21%).

3. Connaissances générales sur la maltraitance infantile

Les MK interrogés, ont évalué leurs connaissances actuelles sur la maltraitance infantile avec une moyenne de 4,4/10 et une médiane de 5/10 (*annexe 31*). Par la suite, lorsqu'ils définissent la maltraitance infantile, 64% des MK évoquent des termes relatifs aux maltraitements psychologiques via différentes appellations « morale », « mentale », « émotionnelle », « verbale ». 63% des MK décrivent des maltraitements physiques. 18% des MK définissent les maltraitements infantiles comme des négligences et 5% comme des violences sexuelles. 3% parlent également de non-respect des droits (droit d'éducation et d'instruction notamment). 15% des MK définissent la maltraitance infantile comme des actes ou violences globales envers l'enfant. 10% des MK la caractérise comme de mauvais traitements. 5% des MK considèrent que la maltraitance infantile est un acte qui se répète régulièrement dans le temps. Pour 16% des MK, les auteurs des maltraitements infantiles sont les parents ou un adulte proche du cercle familial. Enfin, 16% des MK affirment que les maltraitements infantiles ont des conséquences sur le développement et la santé de l'enfant (*annexe 32*).

4. Les différents types de maltraitements infantiles

Interrogés ensuite sur les différentes formes de maltraitements possibles, les MK ont répondu les violences « physiques » à 94%, les violences « psychologiques » et autres termes s'y rapportant (« mentales », « verbales », « morales », « insultes », « manipulation », « émotionnelles », « affectives ») à 94% , les « négligences » à 30%, les violences « sexuelles » à 24%, les violences médicales (« privation de soin ») à 10%, la privation des droits de l'enfant à 10%, le harcèlement à 6% et le syndrome du bébé secoué à 3% (*annexe 33*).

5. Rôle du MK dans la détection des maltraitements infantiles

Pour 92% des participants, le MK a un rôle à jouer dans la détection des maltraitements infantiles. 5% des participants ont répondu qu'ils ne savaient pas si le MK avait un rôle à jouer. Les 3% restants (soit 3 MK) estiment que le MK n'a pas de rôle, car selon un MK (soit 33%), « nous travaillons sur prescription médicale (...) le médecin généraliste est plus à même de

jouer ce rôle ». Les 2 autres (soit 67%) évoquent le fait que « ce n'est pas notre rôle » en tant que MK (*annexe 34*).

6. Rôle du MK dans la prévention des maltraitances infantiles

Concernant le rôle du MK dans la prévention, 82% des sujets pensent qu'ils ont un rôle à jouer, 12% ne savent pas et 6% estiment que le MK n'a pas de rôle à jouer dans la prévention des maltraitances infantiles. Parmi les 7 MK qui estiment ne pas avoir de rôle à jouer, 2 MK (soit 28%) relèvent la difficulté de ce rôle : « il est difficile de se positionner dans ce genre de situation (...) on n'a pas les outils pour faire cette prévention », « prévenir en amont des violences, c'est compliqué en tant que kiné ». 4 MK (soit 57%) estiment que c'est « hors compétence ». 1 MK (soit 15%) confie qu'il est difficile de parler avec les parents du comportement qu'ils ont avec leur enfant (*annexe 35*).

7. Rôle du MK dans la prise en charge d'un enfant maltraité

Enfin, concernant le rôle du MK dans la prise en charge d'un enfant maltraité, 73% des sujets pensent qu'ils ont effectivement un rôle à jouer, 23% ne savent pas et 4% estiment que le MK n'a pas de rôle à jouer. Parmi les 5 MK qui estiment ne pas avoir de rôle à jouer, 3 MK (soit 60%), déclarent qu'il est préférable de réorienter vers d'autres professionnels comme des « psychomotriciens », « psychologues », « professionnels de la petite enfance », ou « éducateurs spécialisés ». 3 MK (soit 60%), complètent cette idée, en évoquant le fait que c'est hors de leurs compétences et de leur rôle. 1 MK (soit 20%) ajoute que les « techniques MK n'ont aucun effet sur la maltraitance ». 1 MK (soit 20%) affirme « que nous ne sommes pas formés pour et qu'il y a déjà trop à faire dans notre cœur de métier » (*annexe 36*).

8. Épidémiologie et connaissances des 3 catégories de l'ODAS

Par la suite, nous interrogeons les MK sur leurs connaissances concernant la fréquence de survenue des maltraitances infantiles en France en 2018. Ils estiment que la maltraitance infantile est un phénomène fréquent (48% des MK), suivi d'un phénomène occasionnel (25% des MK) puis d'un phénomène très fréquent (19% des K), puis d'un phénomène rare (6% des

MK) et enfin un phénomène très rare (2% des MK) (*annexe 37*). 82% des MK interrogés n'ont pas connaissance des 3 catégories décrites par l'ODAS concernant l'enfant maltraité (*annexe 38*).

9. Maltraitance infantile : vrai ou faux

En second lieu, nous avons proposé 6 situations aux MK concernant une maltraitance infantile ou non : (*annexe 39*).

-Situation 1 : le coup-de-poing, 100% des MK ont répondu que le coup-de-poing était considéré comme une situation de maltraitance.

-Situation 2 : changer la couche de son enfant de manière brusque, 55% des MK ont répondu que cette action était une maltraitance, 29% des MK ont répondu qu'ils ne savaient pas et 16% des MK ont répondu non.

-Situation 3 : brûlure avec l'eau du bain : 91% MK ont répondu que cette action était une maltraitance, 6% des MK ont répondu qu'ils ne savaient pas et 3% ont répondu non.

-Situation 4 : la négligence vestimentaire, 59% MK ont répondu que cette action était une maltraitance, 19% des MK ont répondu qu'ils ne savaient pas et 22% des MK ont répondu non.

-Situation 5 : insultes, 98% des MK ont répondu qu'insulter son enfant était une maltraitance, 2% des MK ont répondu qu'ils ne savaient pas.

-Situation 6 : la fessée, 68% des MK ont répondu que donner une fessée était une maltraitance, 19% des MK ont répondu qu'ils ne savaient pas et 13% des MK ont répondu non.

C. Repérage des signes : le MK en action

1. La HAS

87% des MK interrogés ne savent pas s'il existe des recommandations de la HAS concernant l'évaluation globale d'un enfant en danger. 12% des MK ont conscience qu'il existe des recommandations et 1% des MK déclarent qu'il n'existe pas de recommandation (*annexe 40*).

2. Expériences professionnelles et maltraitements infantiles

52 % des MK déclarent avoir été confrontés dans l'exercice de leur profession à une suspicion de maltraitance (*annexe 41*). Parmi ces MK, 67% ont été confrontés à des négligences, 53% à des maltraitements physiques, 40% à des maltraitements psychologiques, 13% des violences sexuelles, 7% des violences médicales et 2% la privation des droits (*annexe 42*).

3. Maltraitements infantiles, que font les MK interrogés ?

Toujours parmi les MK déclarant avoir été confrontés à une suspicion de maltraitance, 35% des MK ont averti le médecin, 25% des MK ont averti les services de protection de l'enfance, 18% des MK n'ont pas fait de démarche, car ils ne savaient pas vers qui se tourner, 2% des MK ont averti l'un des numéros d'urgence et 3% des MK ne souhaitent pas répondre à cette question. Dans la réponse « autres » (30 MK soit 50%), 5 MK ont déclaré contacter le médecin (soit 17%). 5 MK évoquent le fait que la procédure était déjà en cours (soit 17%). 4 MK (soit 13%) ont évoqué le fait d'en avoir parlé à d'autres professionnels (un confrère MK ou autres professionnels de santé qui prenaient en charge l'enfant). 4 MK (soit 13%) affirment dialoguer avec la famille de l'enfant. 3 MK (soit 10%) déclarent avoir contacté le procureur/tribunal. 2 MK (soit 7%) confient avoir averti la PMI. 2 MK déclarent n'avoir rien fait (soit 7%). 1 MK a contacté le 119 (soit 3%). 1 MK discute avec l'enfant (soit 3%). 1 MK (soit 3%) dit en avoir discuté à sa tutrice de stage car il était encore étudiant. 1 MK (soit 3%) a témoigné auprès de la police et 1 MK (soit 3%) déclare avoir averti la directrice de l'école de l'enfant (*annexe 43*).

4. Conséquences des maltraitements infantiles observés par les MK

Parmi les MK ayant déjà été confrontés à une situation de maltraitance infantile, 78% d'entre eux ont observé comme conséquences chez leurs patients des troubles sociaux/ affectifs, 55% des troubles neuro-développementaux, 48% des conséquences physiques, 47% des difficultés scolaires, 23% des troubles du comportement alimentaire, 23% des comportements d'auto-agression, 13% des pathologies chroniques et 10% des maltraitements sur ses futurs enfants (*annexe 44*).

5. Facteurs de risque important pour les MK

Lorsque nous questionnons les MK sur les 5 facteurs dont ils font le plus attention lors d'une suspicion de maltraitance, 68% des MK répondent prêter attention à la présence d'un handicap chez l'enfant. 65% des MK évoquent les pleurs de l'enfant. 64% des MK répondent qu'ils prêtent attention à la présence d'antécédents de maltraitance chez les parents. 64% des MK font attention si la grossesse est non désirée. 59% des MK évoquent le milieu socio-économique. 47% regardent l'âge de l'enfant. 35% évoquent les normes sociales et culturelles. 20% des MK prêtent attention au taux de chômage. 18% des MK font attention au jeune âge de la mère de l'enfant et 9% des MK regardent le sexe de l'enfant (*annexe 45*).

6. Situations cliniques fictives

Afin de prendre conscience de la réalité de terrain, nous avons proposé 3 cas cliniques aux MK pour observer leurs réflexions face à une situation de maltraitance infantile.

-Pour la situation numéro 1, 34% des MK ont répondu qu'ils attendaient les prochaines séances afin de voir l'évolution de l'enfant. 16% des MK pensent qu'il peut s'agir d'une maltraitance et qu'il faut donc alerter les autorités compétentes. 9% des MK ne font rien de particulier car ils pensent que la présence de bleus est normale avec ce sport. 4% des MK ne savent pas quoi faire. 1% pense qu'il s'agit d'une maltraitance mais il ne peut pas alerter car il n'a pas le droit de le faire sans le consentement des parents. 1% pense qu'il ne s'agit pas d'une maltraitance. Dans la catégorie « autres » (43 MK soit 35%), 40 MK ont répondu qu'ils « discutent avec l'enfant » (soit 93%). 11 MK (soit 26%) déclarent qu'ils observent les réactions et le comportement de l'enfant à la suite de leurs échanges. 3 MK (soit 7%) affirment questionner les parents. 1 MK (soit 2%) est vigilant à la localisation des bleus avant de prendre la décision d'alerter. Enfin, 1 MK (soit 2%) contacte l'entraîneur de l'enfant.

-Pour la situation numéro 2, 30% des MK ont répondu qu'ils attendaient les prochaines séances afin de voir l'évolution de l'enfant. 22% des MK pensent qu'il s'agit d'une maltraitance urgente (SAMU). 21% des MK déclarent qu'il s'agit d'une maltraitance et qu'ils avertissent les autorités compétentes. 5% des MK ne savent pas. Pour 2% des MK, il ne s'agit pas d'une maltraitance. 1% des MK pensent qu'il s'agit d'une maltraitance mais que le MK ne peut pas alerter sans le consentement des parents. Dans la catégorie « autres » (22 MK soit

19%), 12 MK (soit 55%) ont répondu qu'ils « discutent avec les parents ». 2 MK (soit 9%) demandent plus d'informations sur la nuit de l'enfant. 2 MK (soit 9%) recherchent si un autre événement peut être la cause de cette somnolence. 1 MK (soit 5%) effectue des « tests neuro, diagnostic bébé secoué ». 1 MK (soit 5%) s'informe sur les constantes vitales de l'enfant. 1 MK (soit 5%) contacte le conseil de l'ordre des MK.

-Pour la situation numéro 3, 53% des MK ont répondu qu'il était totalement acceptable de contacter la CRIP, 26% qu'il était plutôt acceptable, 9% difficilement acceptable, 8% qu'il est totalement inacceptable et 4% ne savent pas (*annexe 46*).

D. Alerter

1. Connaissances générales

Les MK interrogés, ont évalué leur niveau de facilité à détecter les signes de maltraitance infantile ainsi que les démarches à suivre concernant un signalement avec une moyenne de 4,1/10 et une médiane de 4/10 (*annexe 47*).

2. Signes indispensables pour alerter selon les MK

Par la suite, nous avons demandé aux MK quel était pour eux le premier signe indispensable afin de prendre la décision d'alerter. 8 catégories de signes sont ressorties de cette question :

-les signes psychologiques/ comportementaux de l'enfant avec le champ lexical ci rapportant : « changement de comportement », « pleurs », « mal-être », « repli », « perte de parole », « regard craintif », « enfant somnolent » pour 26% des MK

-les signes physiques avec des termes tels que : « hématomes », « coups », « bleus », « fracture sur un enfant non marchant », « marque visible » pour 19% des MK

- 19% des MK évoquent le terme « danger » comme signe afin de prendre la décision d'alerter.

-les aveux de l'enfant : « témoignage de l'enfant », « confiance de l'enfant », « aveux de la victime » sont un signe pour 8% des MK

-8% des MK déclarent que « voir un geste de maltraitance en séance », prendre en « flagrant délit » une maltraitance est un signe pour alerter.

- 3% des MK font attention à « l'état général » de l'enfant.

- Une « situation répétée » et anormale est pour 3% des MK un signe pour prendre la décision d'alerter.

- Enfin, pour 3% des MK avoir « un doute » et déjà un signe indispensable pour prendre la décision d'alerter. 11% des MK ne savent pas ou n'ont pas compris la question (*annexe 48*).

3. Maltraitements infantiles et aspect juridique

Nous avons ensuite questionné les MK sur leurs connaissances concernant l'aspect juridique à savoir la protection des professionnels de santé en cas d'alerte pour suspicion de maltraitance infantile (loi de 2015). 53% d'entre eux ne savent pas s'ils sont protégés par la loi en cas d'alerte pour maltraitance infantile, 41% savent qu'ils sont protégés par la loi et 6% déclarent que le MK n'est pas protégé par la loi (*annexe 49*).

4. Contacts privilégiés des MK en cas de maltraitance infantile

Toujours dans l'optique de questionner les MK dans leur rôle d'alerte, nous les avons interrogés sur les 3 contacts qu'ils privilégieraient contacter en cas de suspicion de maltraitance infantile. Pour 91% des MK, le médecin traitant est la personne à contacter, suivi de la CRIP à 76%, puis la plateforme du 119 et l'ASE à 53% chacune, puis les membres de la famille de l'enfant à 16% enfin, le procureur de la république à 10% (*annexe 50*).

5. Freins possibles à la prise de décision d'alerter les autorités compétentes

82% des MK déclarent ressentir un frein au signalement d'un enfant maltraité (*annexe 51*). Ils citent comme principaux freins, la peur de se tromper/ de signaler à tort (soit 84%), l'inquiétude des suites judiciaires pour l'enfant (soit 45%), la crainte des représailles (soit 35%), l'inquiétude des suites judiciaires pour les parents (soit 11%) et enfin dans la réponse « autres » (12 MK soit 13%), les MK ont exprimé d'autres freins. Tout d'abord des freins liés aux

connaissances : le fait « ne pas être assez formé » (1 MK soit 8%), la « peur de se tromper et de ne pas savoir quel est le bon service à contacter » (1 MK soit 8%). Les freins relationnels : la « perte de confiance entre les parents et le thérapeute » (1 MK soit 8%), « la perte de contact avec la famille » (1 MK soit 8%), le fait de connaître les parents (1 MK soit 8%). Les freins déontologiques : la « limite du secret professionnel » (1 MK soit 8%), « le consentement de l'enfant », (1 MK soit 8%). Les freins judiciaires : « l'inquiétude des lenteurs administratives et des représailles sur l'enfant » (1 MK soit 8%), la peur que la vie de l'enfant empire si le dossier est classé sans suite malgré des maltraitances (1 MK soit 8%), l'inquiétude des « défaillances institutionnelles pour protéger l'enfant » (1 MK soit 8%). Les freins personnels : la peur de dénoncer (2 MK soit 17%) (*annexe 52*).

E. Prévention

En matière de prévention, 85% des MK interrogés déclarent ne pas mettre en place d'action de prévention concernant les maltraitances (*annexe 53*). A contrario, les 15% restants (17 MK) déclarent mettre en place des actions de prévention comme : des « affiches en salle d'attente » (8 MK soit 47%), la mise en place « d'un dialogue et de conseils avec les parents » (10 MK soit 59%), de « l'éducation thérapeutique » (2 MK soit 12 %), des « groupes de travail et de paroles avec d'autres professionnels de santé » (1 MK soit 6%), le « prêt de livres aux parents post-partum » (1 MK soit 6%).

F. Prise en charge

1. Présence des parents obligatoire en séance

18% des MK interrogés estiment que la présence des parents doit être obligatoire en séance. 44% des MK pensent quant à eux que leur présence n'est pas obligatoire (*annexe 54*). Dans la catégorie de réponses « autres » (44 MK soit 38%), les MK sont plus nuancés et évoquent 6 facteurs principaux entrant en compte pour évaluer si la présence des parents est indispensable ou non à savoir :

- « L'âge de l'enfant » pour 30 MK (soit 68%).
- La « pathologie » pour 9 MK (soit 20%).

- Pour 18 MK (soit 18%), la présence est indispensable pour la première séance, puis la décision évolue suivant les séances.
- En fonction du ressenti du MK pour 1 MK (soit 2%).
- Selon la « situation » et les « gestes de rééducation réalisés, nécessité de déshabiller par exemple » pour 4 MK (soit 9%).
- Enfin, la présence des parents en séance dépendra du comportement de l'enfant en séance en présence de ceux-ci pour 5 MK (soit 11%).

2. Freins possibles à la prise en charge d'un enfant maltraité

Interrogés sur la présence ou non d'une certaine retenue lors d'une prise en charge d'un enfant maltraité, 78% des MK déclarent ne pas être freinés/ retenus s'ils devaient prendre en charge un enfant maltraité (*annexe 55*). A contrario, les 22% restants (soit 26 MK), déclarent être freinés à la prise en charge d'un enfant maltraité. Ils le justifient en déclarant qu'ils « manquent de connaissances » pour 81% d'entre eux, que c'est une « prise en charge difficile et complexe » pour 73% des MK et qu'ils ont « peur/ appréhendent cette situation » pour 58% des MK. Dans la catégorie « autres » (1 MK soit 1%), 1 MK ajoute la « difficulté de mise en confiance de l'enfant vis-à-vis du thérapeute » (*annexe 56*).

3. Principales adaptations du MK

Par la suite, nous avons demandé aux MK qu'elles étaient pour eux les 2 principales adaptations que devait apporter le MK lors de la prise en charge d'un enfant maltraité. Pour 58% d'entre eux, le toucher est la principale adaptation à adopter, suivi à égalité des mots employés et de l'empathie/ l'écoute du MK à 53%, puis la posture et ses mouvements pour 35% des MK et enfin le regard pour 3% des MK interrogés (*annexe 57*).

4. Travail en collaboration avec d'autres professionnels

Enfin, 90% des MK interrogés déclarent collaborer avec d'autres professionnels de santé en cas de maltraitance (*annexe 58*). Parmi eux 96% des MK affirment travailler avec le médecin/ pédiatre, 61% avec un psychologue, 47% avec l'assistante sociale, 31% avec un

psychomotricien, 29% avec un orthophoniste et 13% avec un ergothérapeute. Dans la catégorie « autres » (6 MK soit 6%), les MK évoquent également le travail avec des éducateurs et puéricultrices (1 MK), les podologues et ostéopathes (1 MK), les dispositifs d'appui à la coordination (1 MK), des infirmiers (1MK), les parents d'accueil (1MK) et de manière générale « tous les acteurs avec qui l'enfant est en lien » (1 MK) (*annexe 59*).

G. Propositions

1. Support d'information supplémentaire

Les MK interrogés déclarent être intéressés par un support d'information concernant la maltraitance infantile et les signes associés (85%), un support sur la procédure à suivre en cas de suspicion de maltraitance (83%), un support sur les droits et devoirs du MK (79%). 4% des sujets ne sont pas intéressés par un support d'information supplémentaire et 2% des sujets estiment maîtriser suffisamment le sujet. Dans la catégorie de réponse « autres » (1 MK soit 1%), 1 MK propose un support à afficher dans la salle d'attente (*annexe 60*).

2. Type de support

Interrogés sur la forme du support d'information, les MK privilégient la fiche récapitulative téléchargeable (90%), des publications sur les réseaux sociaux et des vidéos informatives (35%), une plateforme téléphonique dédiée aux professionnels de santé (28%), des podcasts (19%), un Massive Open Online Course (MOOC) (18%), une formation complémentaire (10%), des conseils personnalisés (5%). 4% des MK évoquent le fait que cela ne les intéresse pas. Dans la catégorie « autres » (2 MK soit 2%), un MK souhaite un flyer/poster de prévention et un MK le contact d'une personne référente au niveau local (*annexe 61*).

V. Discussion

A. Discussion des résultats

Dans cette partie, les résultats obtenus grâce au questionnaire seront confrontés à la littérature. Les tableaux croisés dynamiques et le logiciel Excel® sont les outils utilisés.

1. État des lieux des connaissances des MK sur la maltraitance

Cette étude permet de mettre en lumière les connaissances des MK au sujet de la maltraitance infantile et leur place dans le système de protection de l'enfant. Concernant leurs rôles, 92% des MK affirment avoir un rôle à jouer dans la détection des maltraitances infantiles (3% évoquent le fait qu'ils n'ont pas leur place propre, mais que le médecin traitant est plus à même de détecter, 5% ne savent pas). 82% affirment être un acteur dans la prévention des maltraitances (6% évoquent le fait qu'ils n'ont pas leur place, car pour eux c'est une situation difficile et complexe hors de nos compétences, 12% ne savent pas). Enfin, 73% des MK pensent avoir une place dans le parcours de soin d'un enfant maltraité (4% évoquent le fait qu'ils n'ont pas leur place propre, mais que d'autres professionnels sont plus formés tels que les psychologues, psychomotriciens ou éducateurs spécialisés, 23% ne savent pas) (*annexes 34, 35, 36*). L'unanimité n'étant pas présente aux 3 questions sur les rôles des MK, nous pouvons avancer l'idée que la représentation conceptuelle des MK sur leurs capacités d'intervention au niveau de la détection, de la prévention et de la prise en charge n'est pas optimale en termes d'efficacité. Même si une grande majorité des MK a conscience de leurs rôles, cette représentation approximative des rôles peut être un facteur impactant les prises de décision face au signalement d'un cas suspect. En effet, pour certains professionnels, le sentiment d'illégitimité ou l'ignorance de ce type de maltraitance peuvent jouer sur leur décision comme l'indique P. Vasseur (infirmière puéricultrice, services des urgences médico-judiciaires, Hôtel-Dieu, AP-HP) [111]. Un MK qui ne pense pas avoir de rôle dans la lutte contre les maltraitances infantiles, ne se positionnera pas face à ce type de situation. D'autant plus, que le dogme encore ancré dans les consciences de la famille maltraitante type (une famille à bas niveau de vie est forcément une famille maltraitante) influe cette prise de décision [112]. Par ailleurs, lorsque nous questionnons les participants sur la définition et les différentes formes de maltraitances

infantiles, nous remarquons que les maltraitances physiques et psychologiques sont décrites à 94% par les MK. En revanche, les autres types de maltraitances sont peu évoqués : les négligences (30% des MK), les violences sexuelles (24% des MK), les maltraitances médicales (10% des MK) et la privation des droits (10% des MK) (*annexe 33*). Aucun MK n'a évoqué de termes se référant aux violences matérielles et financières. Une question peut ainsi se poser, les MK ont-ils connaissance de ces types de maltraitances ou s'agit-il simplement d'un oubli ? De plus, 2 MK de notre étude, ajoutent les violences intrafamiliales et plus particulièrement les violences conjugales comme maltraitance infantile. Il a été démontré dans la littérature, que les violences conjugales avaient des répercussions sur l'enfant même si celui-ci n'est pas la victime première [113]. Enfin, 5% des participants avancent l'idée que la maltraitance infantile est un phénomène qualifié de répétitif. Ce terme utilisé par les MK est intéressant, car il fait référence aux propos soutenus par l'OMS et A.Tursz (pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche à l'INSERM). En effet, A. Tursz introduit la notion de « répétition » dans la maltraitance (*annexe 62*).

2. L'impact des expériences personnelles et professionnelles sur l'exercice professionnel des MK

Nos expériences antérieures, qu'elles soient personnelles ou professionnelles, tout au long de notre vie ont un impact sur nos réflexions et nos prises de décision dans le cadre de notre activité professionnelle [114]. Kompé-Tchamgoué, pédopsychiatre au centre hospitalier Perrens à Bordeaux a décrit les nombreux éléments impactant notre prise de décision face à une situation de maltraitance infantile [115].

2.1 L'identité du MK

Les éléments d'identité personnels tels que les « facteurs identitaires (nature sexuée du sujet, références culturelles, croyances religieuses, idéologies politiques ou sociales) » influencent nos prises de décision [115]. Concernant la nature sexuée du sujet, nous observons dans notre étude que 79% des MK sont des femmes (*annexe 22*). Avoir une grande majorité de femmes peut questionner : est-ce dû au statut de mère ? Sont-elles plus sensibles à cette cause ? Sont-elles majoritaires à prendre en charge des enfants/ à se spécialiser en pédiatrie ?

Puis, lorsque nous analysons les idéologies des MK, nous remarquons que 59% des MK de notre étude prêtent attention au milieu socio-économique des parents lors d'une suspicion de maltraitance (*annexe 45*). Cette information nous semble importante à relever, car il serait intéressant de savoir pourquoi les MK interrogés ont choisi ce facteur de risque. Ont-ils un certain a priori ? D'autant plus que parmi les MK ayant indiqué le milieu socio-économique comme facteur de risque, 78% ne sont pas sensibilisés à la maltraitance. Enfin, selon Fingarson et al. la familiarité du professionnel avec la famille de l'enfant, peut faire douter celui-ci qui ne percevra pas forcément la maltraitance [116]. Ce frein n'a pas été décrit chez les MK de notre étude. Mais nous pensons qu'il est intéressant de l'évoquer car certains MK peuvent avoir des préjugés sur les familles des enfants maltraités. Signaler une maltraitance pourrait être plus difficile lorsque l'enfant est issu de milieux dits « favorisés » ou lorsque nous connaissons personnellement les parents.

2.2 L'histoire personnelle du MK

Selon Kompé-Tchamgoué « Les événements de vie (heureux ou malheureux) ne nous laissent pas affectivement intacts » [115]. Certains professionnels pourraient avoir été eux-mêmes victimes de maltraitance durant leur enfance. Ainsi se retrouver confronté à une victime pourrait créer chez le professionnel un sentiment de projection (ayant été lui-même victime, il comprend le vécu de l'enfant) ou au contraire un déni et une fuite [117]. Cependant, ces propos ne peuvent être confirmés, car nous n'avons pas interrogé les MK de notre étude sur ce point.

2.3 Le statut parental

Selon Kompé-Tchamgoué, la question du statut parental pour le professionnel peut influencer les décisions par des « phénomènes d'identification » [115]. Être parent, peut amener le professionnel à prendre des décisions inappropriées : le surinvestissement (envie d'être le héros qui sauve l'enfant) ou au contraire un déni (impossibilité pour cette « bonne famille » de maltraiter son enfant) [117]. Un professionnel qui est parent peut sembler plus sensible aux enfants et aux maltraitements (phénomène d'identification de son patient à son enfant) [117]. La question du statut parental aurait pu être un point à soulever chez les MK de notre étude. En effet, comparer les réponses des MK parents versus les MK sans enfant aurait pu être intéressant afin de voir l'influence du statut parental.

2.4 L'expérience professionnelle du MK

L'expérience professionnelle pouvant avoir un fort impact sur notre prise de décision, nous avons donc décidé de comparer l'année obtention de diplôme des MK avec la note obtenue à l'auto-évaluation sur le niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance infantile. Globalement, nous pouvons remarquer que les diplômés entre 1985 et 2005 ont une meilleure moyenne (5,7/10) que les diplômés entre 2007 et 2022 (3,6/10) soit une différence de 2,1 points (*annexes 63, 64*). Nous pouvons avancer l'idée que plus l'année d'obtention du diplôme est ancienne, plus le MK a une expérience professionnelle importante. Ainsi, cela correspond à la littérature affirmant que l'expérience professionnelle peut être un atout dans ces situations. Statistiquement, nous pouvons confirmer cette idée, car avec une p-value de 0,005 (p-value < 0,05) au test T de Student, la différence est donc significative. Cette analyse est en accord avec Kompé-Tchamgoué qui évoque l'influence de nos expériences professionnelles sur nos prises de décision : « Tout en étant un atout, l'expérience peut aussi être source d'usure ou de découragement, comme cela peut être le cas dans une suite d'échecs de la protection d'un enfant » [116]. Mais il est également préférable de prendre en compte le contexte professionnel : « La modification du contexte professionnel dans lequel nous exerçons, l'influence de l'équipe, le passage d'un exercice en équipe à une pratique plus solitaire peuvent modifier les repères » [115]. Dans le cas de notre étude, nous n'avons pas questionné les MK libéraux sur leur mode de travail à savoir s'ils exerçaient seuls ou non dans leur cabinet. Il aurait été intéressant d'avoir cette connaissance, car le fait d'être plusieurs MK dans un même cabinet peut donner lieu à un échange et une discussion sur certaines situations complexes permettant ainsi de prendre du recul et d'être aidé comme indiqué par 2 MK dans notre questionnaire.

En outre, nous avons comparé la note obtenue à l'auto-évaluation sur le niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance infantile avec le nombre moyen d'enfants que les MK prennent en charge. Les MK prenant plus de 30 enfants par mois ont une moyenne de 5/10 contre 3,5/10 pour ceux qui prennent en charge 1 à 3 enfants par mois soit une différence 1,5 point (*annexes 65, 66*). Nous pouvons avancer l'idée que plus les MK sont en contact avec des enfants, plus ils se sentent capables de détecter une maltraitance et être à l'aise avec la procédure. Logiquement plus un MK prend en charge des enfants, plus il est à même de rencontrer des cas suspects de maltraitance. Ainsi, une expérience et une expertise dans ce domaine se forment au fil des années et des rencontres. Statistiquement, nous pouvons confirmer cette idée, car avec une p-value de 0,025 au test t de Student, la différence est significative.

Ensuite, nous avons poussé notre raisonnement en analysant 2 facteurs : le fait d'avoir été confronté ultérieurement à des maltraitances infantiles d'une part et les freins au signalement ressentis par les MK d'autre part. Sur les 21 MK au total déclarant ne pas ressentir de frein au signalement, 12 MK affirment n'avoir jamais été confrontés durant leur carrière à des maltraitances soit 57% des participants (*annexe 67*). Cette comparaison ne permet pas d'affirmer de façon probante qu'être confronté à des situations de maltraitance durant notre exercice professionnel, nous rend plus apte à agir efficacement par la suite. Statistiquement, le test de Chi² révèle une p-value de 0,369, donc ressentir des freins à la prise de décision d'alerter est indépendant d'avoir été confronté à des situations de maltraitance infantile. Cette idée va à l'encontre de certains auteurs. En effet, P. Vasseur décrit que l'expérience de situations de maltraitances, permet plus facilement de trouver le juste positionnement même si chaque situation est différente [111]. Il semble intéressant d'évoquer le fait que la prise de décision des professionnels est délicate et pas facile [115]. Nous pouvons donc nuancer nos propos en évoquant l'idée qu'avoir des expériences professionnelles ne garantit pas toujours aux MK de réussir à surmonter les freins au signalement.

3. L'apport d'une sensibilisation et de connaissances des MK

3.1 Sensibilisation générale

Les MK interrogés ont une moyenne générale de 4,4/10 à l'auto évaluation sur leurs connaissances actuelles sur la maltraitance infantile et de 4,1/10 concernant le niveau de facilité à détecter une maltraitance et réaliser les démarches de signalement (*annexes 31, 47*). Nous remarquons que les 2 moyennes sont inférieures à 5/10. Ces moyennes étant peu élevées, il semble nécessaire de réfléchir à la mise en place d'éléments afin de pallier les difficultés rencontrées par les MK. Par ailleurs, le Docteur C. Gréco responsable de l'unité de la médecine de douleur et de la médecine palliative de l'Hôpital Necker, confirme cette tendance en évoquant le fait « qu'on ne sait pas repérer ces enfants parce qu'on manque de formation » [118] (le « on » fait référence aux médecins). Lorsque nous comparons la moyenne des notes obtenues à l'auto évaluation des MK sur leurs connaissances actuelles sur la maltraitance avec le fait d'être sensibilisé à ce sujet, nous remarquons que les MK sensibilisés à la maltraitance obtiennent une moyenne de 5,3/10 contre 3,9/10 pour ceux n'ayant jamais été sensibilisés au sujet soit une

différence de 1,4 point (*annexe 68*). En parallèle, une question intéressante serait à se poser : est-ce qu'une moyenne de 5,3/10 chez les MK sensibilisés est satisfaisante ? Même si nous avons conscience que d'autres éléments peuvent jouer, les chiffres précédents renforcent l'idée qu'être sensibilisé permet aux MK d'avoir des connaissances. Nous pouvons confirmer cette analyse, car statistiquement nous avons obtenu une p-value de 0,0004 au test de T de Student, la différence est donc significative.

Comme nous l'avons vu précédemment, une minorité de MK n'a pas conscience de leurs différents rôles face aux maltraitances. En effet, 3 MK pensent ne pas avoir de rôle à jouer dans la détection des maltraitances. 7 MK ne pensent pas avoir de rôle dans la prévention et 5 MK affirment ne pas avoir de rôle dans la prise en charge. Sur les 3 MK pensant ne pas avoir de rôle dans la détection, 2 MK n'ont pas été sensibilisés à ce sujet. Sur les 7 MK pensant ne pas avoir de rôle à jouer dans la prévention, 6 n'ont pas été sensibilisés à ce sujet. Enfin, sur les 5 MK déclarent ne pas avoir de rôle à jouer dans la prise en charge d'un enfant maltraité, 4 n'ont pas été sensibilisés (*annexes 69, 70, 71*). Une nouvelle fois, ces chiffres renforcent l'idée que l'absence de sensibilisation engendre des erreurs de la part des MK et ainsi un danger de l'enfant. Nous pouvons confirmer statistiquement nos propos uniquement pour le rôle à jouer des MK dans la prévention, car nous avons obtenu une p-value de 0,042 au test exact de Fisher. Ainsi, estimer avoir un rôle à jouer dans la prévention des maltraitances infantiles est dépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles

Un autre point attire notre attention, parmi les MK déclarant avoir un rôle à jouer dans la prévention (95 MK), seulement 17 MK affirment mettre en place des actions de prévention. Sur ces 17 MK, 8 déclarent avoir été sensibilisés aux maltraitances (soit 47%) (*annexe 72*). Plusieurs questions peuvent se poser sur ce point : est-ce un manque de temps ? Un manque de connaissances ? Une situation complexe et délicate pour le professionnel ? Un non attrait pour cette thématique ? Avec ce chiffre, nous ne pouvons pas avancer de manière probante qu'être sensibilisé est une aide pour mettre en place des actions de prévention des maltraitances. Statistiquement, nous avons obtenu une p-value de 0,101 au test de Chi², la différence est non significative. Mettre en place des actions de prévention concernant les maltraitances infantiles est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles.

Enfin, nous avons décidé d'analyser les démarches de signalement réalisées par les MK sensibilisés aux maltraitances infantiles avec le fait d'avoir été confronté au moins une fois à une maltraitance durant son exercice professionnel (soit 19 MK au total) (*annexe 73*). Parmi

ces 19 MK, 2 MK déclarent (soit 11% des MK) n'avoir fait aucune démarche suite à une suspicion de maltraitance infantile et un MK ne souhaite pas répondre à cette question. Les autres MK ont déclaré avoir fait les démarches nécessaires auprès des autorités compétentes. Nous pouvons remarquer qu'une sensibilisation à ce sujet semble impacter positivement la prise de décision.

Dans la même optique, nous avons décidé d'analyser les démarches de signalement réalisées par les MK non sensibilisés ayant été confrontés à une maltraitance durant leur carrière (soit 41 MK au total) (*annexe 73*). Sur les 41 MK, 10 MK déclarent n'avoir fait aucune démarche suite à une suspicion de maltraitance infantile (soit 24% des MK) et un MK ne souhaite pas répondre à cette question. Les autres MK ont déclaré avoir fait les démarches nécessaires auprès des autorités compétentes. Une nouvelle fois nous pouvons remarquer qu'une sensibilisation à ce sujet, a un impact positif sur notre prise de décision. En analysant ces 2 cas de figure (MK sensibilisés versus non sensibilisés), nous observons que 11% des MK sensibilisés aux maltraitements n'ont réalisé aucune démarche de signalement contre 24% pour les MK non sensibilisés soit une différence de 13%. Ces résultats renforcent la tendance, une nouvelle fois qu'être sensibilisé permet aux professionnels d'avoir des démarches plus adéquates et adaptées contrairement aux sujets novices. Cependant, nous ne pouvons pas confirmer statistiquement cette idée, car avec une p-value de 0,717 au test de Chi², la différence n'est donc pas significative. Avoir été confronté à des situations de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitements infantiles.

Nous avons comparé la présence de freins à la décision d'alerter les autorités avec le fait d'être sensibilisé aux maltraitements. 95 MK déclarent être freinés dans leur prise de décision de signaler une maltraitance. Sur ces 95 MK, 67 affirment ne pas avoir été sensibilisés aux maltraitements infantiles soit 71% des interrogés. Les 28 autres MK (29%) sont quant à eux sensibilisés (*annexe 74*). Nous pouvons observer que la présence de frein au signalement est à hauteur de 71% chez les MK non sensibilisés contre 29% pour les MK sensibilisés soit une différence de 42%. Statistiquement, nous ne pouvons pas confirmer cette idée car nous avons obtenu une p-value = 0,727 au test de Chi², la différence est donc non significative. Ressentir des freins à la prise de décision d'alerter est indépendant du fait d'avoir été sensibilisé aux maltraitements infantiles.

Puis, nous avons comparé la présence de freins à la prise en charge d'un enfant maltraité avec le fait d'être sensibilisé aux maltraitements. 26 MK affirment être freinés dans la prise en

charge d'un enfant maltraité. Sur ces 26 MK, 23 MK déclarent ne pas avoir été sensibilisés aux maltraitances infantiles soit 88% des interrogés. Les 3 autres MK sont sensibilisés (12%) (*annexe 75*). Nous pouvons observer que chez les MK non sensibilisés, la présence de frein au signalement est de 88%, contre 12% chez les MK sensibilisés, soit une différence de 76%. Statistiquement, nous avons obtenu une p-value de 0,027 au test exact de Fisher, la différence est donc significative. Avoir une certaine retenue à la prise en charge d'un enfant maltraité est dépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles.

3.2 L'apport de la formation pédiatrique chez les MK

Nous nous sommes posé la question de savoir si les démarches de signalement réalisées par les MK étaient plus adaptées et conformes si ceux-ci avaient reçu des formations en pédiatrie ou non. 35 MK de notre étude ont eu des formations en pédiatrie et ont déjà été confrontés à une situation de maltraitance infantile (*annexe 76*). Sur ces 35 MK, 8 MK ont déclaré n'avoir fait aucune démarche à la suite d'une suspicion de maltraitance infantile (soit 23% des MK) et un ne souhaite pas répondre à cette question. Les autres MK ont alerté les autorités compétentes. En revanche, 25 MK de notre étude, n'ont pas eu de formation en pédiatrie et ont déjà été confrontés à une situation de maltraitance infantile (*annexe 76*). Sur ces 25 MK, 4 MK déclarent n'avoir fait aucune démarche suite à une suspicion de maltraitance infantile (soit 16% des MK) et un ne souhaite pas répondre à cette question. Les autres MK ont alerté les autorités compétentes. Ainsi, nous observons qu'aucune démarche n'a été réalisée par les MK dits « formés en pédiatrie » à hauteur de 23% contre 16% pour les MK « non formés en pédiatrie » soit une différence de 7%. Ces chiffres ne permettent pas de confirmer de manière probante, l'idée qu'être formé en pédiatrie a un impact sur le signalement d'une suspicion de maltraitance. Statistiquement nous avons obtenu une p-value = 0,199 au test de Chi², la différence est donc non significative. Avoir été confronté à des situations de maltraitance infantile est indépendant du fait d'avoir reçu une formation en pédiatrie. Ces analyses se doivent d'être nuancer, car nous n'avons pas interrogé les MK sur le type de formation qu'ils avaient eu, la qualité, le contenu, depuis quand celle-ci a été effectuée et si la question de la maltraitance avait été abordée.

Enfin, un dernier point attire notre attention, bien que 77% des MK ayant été formés en pédiatrie ont bien réagi face à la suspicion d'une maltraitance, nous pouvons nous poser la

question suivante : quel serait le seuil minimal à partir duquel nous pouvons considérer que la formation a été bénéfique et que les MK sont performants ?

3.3 Mise en pratique à partir des cas cliniques, quelle sensibilisation ?

Nous avons comparé via des cas cliniques fictifs, les démarches réalisées par les MK selon leur sensibilisation aux maltraitances et s'ils avaient effectué une formation en pédiatrie.

Le cas clinique numéro 1 concernait Maël 12 ans, venant au cabinet régulièrement pour des séances de kinésithérapie respiratoire. Durant une séance, le MK remarque des bleus sur l'enfant. Maël pratique le rugby en club 2 fois par semaine. Cette situation clinique a été imaginée pour faire en sorte qu'il ne s'agisse pas d'une maltraitance. Sur les 116 MK interrogés, 4 d'entre eux ont déclaré ne pas savoir si la situation était une maltraitance infantile ou non. Ces 4 mêmes MK n'avaient eu aucune sensibilisation sur ce sujet ni réalisé de formation en pédiatrie. Un autre MK parmi ces 116, affirme quant à lui qu'il s'agit d'une maltraitance, mais qu'il ne peut pas alerter sans le consentement des parents ce qui est juridiquement faux. Ce MK n'avait lui aussi aucune sensibilisation ni formation en pédiatrie. Un autre des 116 MK, pense que cette situation n'est pas une maltraitance. Celui-ci était sensibilisé aux maltraitances et avait une formation en pédiatrie. La réponse de ce MK peut être expliquée par le fait qu'il soit un expert dans le domaine de la maltraitance et qu'il a reconnu les signes montrant qu'il ne s'agit pas de prime abord à une maltraitance infantile. La réponse de ce MK peut également s'expliquer par le fait que sa formation et sa sensibilisation ont été efficaces. Parmi les MK restants, 39 MK ont répondu qu'ils attendaient les séances suivantes pour voir l'évolution de l'enfant, 18 MK alertent les autorités compétentes, 10 MK ne font rien de particulier, car pour eux, c'est normal d'avoir des bleus avec ce sport et 43 MK discutent avec l'enfant et les parents.

Le cas clinique numéro 2, concernait Léa 2 mois, venant en séance de kinésithérapie pour une plagiocéphalie. Le MK remarque pendant la séance que Léa est somnolente avec une perte de sourire. Les parents font part au MK de leurs impatiences quant aux pleurs fréquents de Léa ces derniers temps. Cette situation clinique a été imaginée pour faire en sorte qu'il s'agisse d'une maltraitance (syndrome du bébé secoué). Sur les 116 MK interrogés, 6 MK ont déclaré ne pas savoir si la situation était une maltraitance infantile ou non et 5 de ces 6 MK ne possédaient ni sensibilisation, ni formation en pédiatrie. Le dernier MK avait été sensibilisé et formé en pédiatrie. 2 autres MK sur les 116 pensent qu'il ne s'agit pas d'une maltraitance et ces

2 MK n'étaient ni sensibilisés aux maltraitances, ni formés en pédiatrie. 1 autre MK sur les 116, affirme qu'il s'agit d'une maltraitance, mais qu'il ne peut pas alerter sans le consentement des parents. Bien que ce MK possède une formation en pédiatrie, il n'a pas été sensibilisé à la maltraitance infantile. Parmi les MK restants, 35 MK ont répondu qu'ils attendaient les prochaines séances pour voir l'évolution de l'enfant, 26 MK alertent le SAMU, 24 MK alertent le médecin, 14 MK discutent avec les parents et 8 MK évoquent différentes démarches telles que des tests neurologiques, la vérification des constantes vitales, l'ADBB (échelle alarme détresse bébé), la prise de contact avec le conseil de l'Ordre ou le CAMPS.

Le cas clinique numéro 3, concernait un enfant de 14 mois venant en consultation pour une bronchiolite. Le MK se retrouve en face de la mère de l'enfant qui le secoue pour arrêter les pleurs de son fils. Cette situation est une maltraitance (syndrome du bébé secoué). Sur les 116, 5 MK ont déclaré ne pas savoir si la situation était une maltraitance infantile ou non et 3 de ces 5 MK, avaient reçu une formation en pédiatrie. 9 autres MK sur les 116, ont jugé totalement inacceptable de contacter la CRIP. Parmi ces 9 MK, aucun n'avait été sensibilisé au sujet de la maltraitance infantile et 4 avaient reçu une formation en pédiatrie. Parmi, les MK restants, 62 MK ont jugé totalement acceptable d'alerter le CRIP, 30 MK pensent qu'il est plutôt acceptable de contacter la CRIP et 10 MK pensent qu'il est difficilement acceptable de le faire. Concernant les affirmations de maltraitance :

-Pour 100% des MK interrogés le « coup-de-poing » est une action maltraitante. A savoir, 81 MK (soit 70%) sur 116 ne sont pas sensibilisés aux maltraitances (*annexe 77*).

- Pour 18 MK sur 116, « changer la couche de son enfant de manière brusque », n'est pas une maltraitance. Parmi eux, 13 MK (soit 72%) affirment ne pas avoir été sensibilisés au sujet de la maltraitance (*annexe 78*).

- Pour 3 MK sur 116, une « brûlure avec l'eau du bain » n'est pas une maltraitance. Les 3 MK déclarent ne pas avoir été sensibilisés à la maltraitance infantile (*annexe 79*).

-Pour 25 MK sur 116, une « négligence vestimentaire » n'est pas une maltraitance. Parmi eux, 21 MK (soit 84%) n'ont pas été sensibilisés aux maltraitances (*annexe 80*).

- 2 MK sur 116, ne savent pas si « insulter » est une maltraitance. Ces 2 MK n'étaient pas sensibilisés. Aucun MK n'affirme que ce n'est pas une maltraitance (*annexe 81*).

-15 MK sur 116, déclarent qu'une fessée n'est pas une maltraitance. Parmi eux, 11 MK (soit 73%) affirment ne pas avoir été sensibilisés au sujet de la maltraitance (*annexe 82*).

Au regard de ces chiffres, nous constatons une fois de plus qu'une absence de sensibilisation à ce sujet engendre des erreurs de réponses de la part des MK et ainsi des situations de danger pour l'enfant. Ces résultats appuient nos propos sur l'importance et l'impact de l'apport de connaissances et d'une sensibilisation sur ce sujet. A contrario, lorsque les MK n'ont pas été sensibilisés aux maltraitances infantiles, leurs réponses peuvent être inexactes ou incertaines. Par ailleurs, il est nécessaire de prendre ces résultats avec du recul, car une situation de maltraitance n'est jamais aussi évidente et le contexte est très important. En effet, si nous prenons l'exemple de la négligence vestimentaire, nous pouvons nous poser plusieurs questions : est-ce que c'est la première fois que cela arrive ? Est-ce juste un manque de temps des parents pour habiller l'enfant ce jour-là ? Est-ce le contexte socio-économique des parents ? Est-ce volontaire ou involontaire ? Enfin, en ce qui concerne la formation en pédiatrie, la question est plus complexe. Comme nous l'avons dit précédemment, se renseigner sur le contenu, la qualité et la présence de la maltraitance infantile au programme aurait été intéressant. Statistiquement, nous avons obtenu des p-value respectivement supérieures à 0,05, pour chaque cas respectif. Ainsi, estimer que les différents cas sont des situations de maltraitances infantiles est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles.

4. Les freins rencontrés par les MK

Il est décrit dans la littérature de nombreux freins auxquels peuvent faire face les professionnels de santé lors d'un signalement pour suspicion de maltraitance infantile. Avant de les évoquer, il nous semble pertinent de donner la définition d'un frein. Selon le dictionnaire Larousse, un frein signifie « ce qui arrête, retient » [119]. Nous pouvons ainsi comprendre que le mot frein peut se qualifier en 2 termes : une première idée de « non » prise de décision et un second « ralentissement/ d'obstacle » dans la prise de décision. L. Desmond évoque dans sa thèse de Docteur en médecine, plusieurs catégories de freins : les freins liés aux soins, les freins liés à l'enfant et sa famille, les freins liés aux institutions et aux services de protection de l'enfance, les freins liés aux professionnels, les freins liés aux faits suspectés et les freins liés au protocole [116].

4.1 Les freins liés aux soins

La peur de la perte de vue d'un mineur par les professionnels suite au signalement et la rupture de l'alliance thérapeutique sont des freins [116], [120]. Cette tendance se confirme également dans notre étude. En effet, 2 MK sur les 95 ressentant des freins au signalement, ont indiqué cette peur en exprimant la peur de « perdre le contact avec la famille », « possible perte de confiance avec le thérapeute » (*annexe 52*). De surcroît, Heins et al. complète ce propos, en ajoutant que de nombreux professionnels redoutent que l'alliance thérapeutique ne soit affectée et que la famille de l'enfant n'ait plus confiance en eux, portant ainsi atteinte à la relation entre le professionnel et la famille de l'enfant [116]. Cette peur est d'autant plus présente si une forme de familiarité est mise en avant dans la relation (sentiment de trahison de la part du professionnel). Dans notre étude, 1 MK évoque le fait que de « connaître les parents » est un frein. Un autre point est évoqué dans la littérature, la notion de secret médical rompu [120]. Dans notre étude, un MK se questionne sur le « consentement de l'enfant » et un autre sur la « limite du secret professionnel ».

4.2 Les freins liés à l'enfant

Jones et al. évoquent la notion de balance bénéfique/ risque de signaler un cas suspect [116]. Dans son travail, L. Desmond poursuit ce propos en évoquant que « les représailles de la famille sur l'enfant et la séparation » [116] sont des freins. Ces informations sont confirmées dans notre étude. En effet, 45% des MK évoquent comme freins leurs inquiétudes pour les suites judiciaires de l'enfant (*annexe 52*). Enfin Azizi et al. décrivent que le jeune âge de l'enfant, le type de maltraitance, la gravité, la date et l'étendue des dommages sont des freins au signalement [120].

4.3 Les freins liés aux institutions

Morris et al. décrivent qu'un « manque de confiance dans les autorités locales » [116] est un possible frein au signalement. Dans notre étude, 2 MK sont du même avis en indiquant « avoir peur des défaillances institutionnelles pour protéger l'enfant » ainsi que la peur que le cas soit classé sans suite (*annexe 52*). Fingarson et al. décrivent pour leur part une frustration des professionnels « lorsqu'ils perçoivent que rien n'a été fait par les services de protection »

[116]. Ce frein n'a pas été mentionné par les MK participant à notre étude. Enfin, Azizi et al. évoquent que le manque de communication et de confiance entre les professionnels de santé et les professionnels des services de protection de l'enfant sont des freins au signalement. Ces éléments n'ont pas été évoqués dans notre étude [120].

4.4 Les freins liés aux professionnels

Fingarson et al. et Azizi et al. évoquent que les menaces, les représailles des parents, la peur de l'effondrement de la structure familiale, l'incertitude sur l'avenir de l'enfant, la peur d'aggraver la situation sont des freins pour les professionnels [116],[120]. Grego affirme également cette idée de peur des répercussions pénales et personnelles [112]. Pour Kompé-Tchamgoué, « les menaces à l'encontre des professionnels ne devraient pas être oubliées ; elles seraient susceptibles d'expliquer la non-transmission mystérieuse de certains signalements » [115]. Ces menaces sont particulièrement présentes dans l'exercice libéral, car celui-ci se pratique seul [115]. Notre étude renforce cette perspective. En effet, le principal frein pour les MK de notre étude est la peur de se tromper/ de signaler à tort pour 84% d'entre eux, suivi de la crainte des représailles pour 35% des MK (*annexe 52*). De surcroît, Heins et al. évoquent le manque de temps comme frein au signalement [116]. En revanche, aucun MK de notre étude n'a évoqué ce propos. Gunn et al. et Azizi et al. évoquent quant à eux, le manque de connaissances aussi bien sur les maltraitances que sur les démarches comme frein au signalement [116],[120]. Ce qui est confirmé par notre étude. En effet, 81% des MK affirment se sentir freinés à la prise en charge d'un enfant maltraité en raison d'un manque de connaissances (*annexe 56*). Le manque d'expérience, de connaissances et de sensibilisation aggrave cette peur de signaler [120]. Selon Azizi et al, les croyances et l'expérience professionnelle peuvent également constituer des freins au signalement [120]

4.5 Les freins liés aux faits

Theodore et al. et Azizi et al. évoquent l'incertitude diagnostique et le faible seuil de preuve lors de la prise de décision des médecins [116], [120]. Kompé-Tchamgoué confirme elle aussi cette idée. Pour elle, « des mécanismes intrapsychiques » [115] sont mis en jeu lors de cette suspicion de maltraitance. En effet, lorsque le professionnel est confronté à une situation de danger, il « est soumis à une violence telle qu'elle mobilise chez lui des émotions et des

affects par effet de résonance » [115]. Notre étude soutient ce propos, car comme nous l'avons vu précédemment 82% des MK déclarent avoir peur de se tromper ou de signaler à tort (*annexe 52*). Cependant, il convient de nuancer nos propos, car nous n'avons pas posé de question sur les émotions ressenties par les MK dans notre questionnaire.

4.6 Les freins liés aux protocoles

Gunn et al. et C Greco décrivent que « le manque de connaissances sur les démarches » [116], [112] peut être un frein. 2 MK de notre étude évoquent également ce manque de connaissances. Gunn et al et Greco ajoutent la difficulté d'accès aux institutions, la complexité des démarches ou la saturation des services [116], [112]. Nous ne pouvons pas confirmer ces propos, car aucun des MK de notre étude n'a évoqué ces notions.

4.7 Non connaissance de l'aspect juridique

53% des MK interrogés ne savent pas qu'ils sont protégés par la loi lorsqu'ils signalent une maltraitance infantile (*annexe 49*). Pour rappel, le MK est protégé par la loi (loi n°2015-1402) et les institutions (R. 4321-90 Protection des personnes victimes de sévices et/ou privations/ code de santé publique) lorsqu'il signale à tort une maltraitance infantile [70], [66]. Ne pas connaître cette protection, peut expliquer la présence de freins de la part du MK.

4.8 Non connaissance des recommandations de la HAS

87% des MK de notre étude ne savent pas qu'il existe des recommandations de la HAS concernant l'évaluation globale d'un enfant en danger (*annexe 40*). Pourquoi les MK ne vont pas chercher cette information ? Selon le code de déontologie, le MK se doit d'assurer les soins les plus consciencieux et fondés sur les données acquises de la science (article R4321-80) (*annexe 83*) [121]. Sur les 12% de MK qui ont conscience des recommandations de la HAS, 71% des MK ont obtenu leur diplôme entre 2019-2022. Ainsi, nous remarquons que les jeunes diplômés ont plus connaissance des recommandations de la HAS.

Pour conclure sur cette notion de frein, il semble que l'après signalement reste une période inconnue pour de nombreux professionnels. Signaler est un acte délicat pour le

professionnel qui se doit de protéger l'enfant sans avoir la preuve irréfutable que celui-ci est véritablement une victime de maltraitance. Il met alors en jeu sa responsabilité personnelle, éthique et professionnelle [116]. Combattre cette peur du signalement semble aujourd'hui l'un des piliers essentiels pour lutter contre les freins qui s'imposent aux MK lors d'une suspicion de maltraitance infantile. Ainsi, former les professionnels sur la protection juridique dont ils disposent concernant le signalement, mais aussi sur les différents systèmes de protection existant pour l'enfant et la prise en charge des enfants semble intéressant.

5. Les aides nécessaires pour les MK

5.1 La pluridisciplinarité

La littérature décrit les facteurs pouvant aider les professionnels à faire face à ce type de situation. Parmi eux, la possibilité d'accompagnement et la pluridisciplinarité semblent être essentielles comme le disent Tchamgoue et al. et Perrusson et al. [116], [122]. L'un des messages clés de la HAS concernant ce type de situation est le suivant : « ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider » [123]. Ce message confirme également l'importance de la pluridisciplinarité. Enfin, Gilbert et al. soulignent également l'impact d'un travail en équipe dans ces cas de figure [116]. Notre étude confirme l'ensemble de ces éléments. En effet, 90% des MK affirment travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé en cas de maltraitance (*annexe 58*). Cette information montre que les MK ont besoin d'un soutien et ont conscience que le travail pluridisciplinaire est nécessaire pour l'enfant comme pour eux. D'autre part, lorsque nous demandons aux MK les 3 contacts qu'ils privilégieraient contacter face à une suspicion de maltraitance infantile, 91% affirment contacter le médecin (*annexe 50*). Le médecin étant le principal référent pour les MK confrontés à ce type de situation, il semble important de renforcer les liens et la communication entre ces deux professionnels de santé. Le développement de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de maison médicale ou de réseaux pourrait être des solutions intéressantes afin de consolider cette relation et ainsi, permettre aux professionnels d'être proche aussi bien géographiquement que dans l'accompagnement de la procédure [124].

5.2 Le désir des MK d'un support d'information

Ce soutien et cette pluridisciplinarité ne sont pas toujours accessibles pour tous les MK et c'est pourquoi les MK souhaiteraient un support d'information supplémentaire (*annexe 60*). Pour répondre à cette demande, plusieurs sites internet proposent d'ores et déjà des articles, vidéos et conseils sur ce type de situation (site de la HAS, plateforme du 119, ministère de la Santé et des Solidarités). L'optique de la mise en place d'une formation aux étudiants en IFMK semble intéressante, car comme le disent Theodore et al. (2006) : « Sans formation, les médecins sont moins susceptibles d'être au courant des signes de maltraitance, d'évaluer les facteurs de risque, de prendre des mesures adéquates, d'intervenir tôt et de prévenir la chronicité » [116]. Ce propos concernant les médecins est applicable à l'ensemble des professionnels de santé au service d'enfants. Starling et al. appuient également l'importance d'une formation : « Le bien-être des enfants dépend de la formation et de la compétence des médecins pour identifier, traiter, et finalement prévenir la maltraitance » [116]. Parmi les 6% des MK ne souhaitant pas de support, 83% ont obtenu leur diplôme entre 1995 et 2000. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse, que les MK avec des expériences professionnelles importantes sont à l'aise avec ce type de situation expliquant le souhait de ne pas recevoir un support d'information.

Avec cette analyse, nous pouvons conclure que les connaissances et la sensibilisation sur ce sujet sont essentielles, car favorisant autant pour la détection que le signalement et la prise en charge des enfants. Elles permettent de contacter les autorités et personnes-ressources adéquates, de faciliter les procédures juridiques, de limiter la peur du MK et ainsi de diminuer les freins. La sensibilisation, les expériences de terrain et la pluridisciplinarité semblent être les clés pour apporter ces connaissances et diminuer la peur des professionnels.

B. Validation/ invalidation des hypothèses

1. Hypothèse numéro 1

Les MK ont des connaissances sur la maltraitance infantile et les signes associés :

Avec l'ensemble des données récoltées et analysées, nous pouvons suggérer que les MK ont de faibles connaissances sur les maltraitements infantiles. En effet, bien qu'ils aient une idée

globalement correcte de la définition de celles-ci, des connaissances plus approfondies sont manquantes. 88% des MK ne savent pas qu'il existe des recommandations de la HAS sur l'évaluation globale de l'enfant en danger. 53% de MK ne savent pas qu'ils sont protégés par la loi en cas de signalement pour maltraitance et 6% des MK pensent qu'ils ne sont pas du tout protégés. 70% des MK n'ont jamais été sensibilisés aux maltraitements infantiles. Concernant les différentes formes de maltraitance, les violences matérielles et financières n'ont jamais été indiquées par les MK. Seulement 10% des MK évoquent les violences médicales et la privation des droits, 24% des MK évoquent les violences sexuelles et 30% les négligences. Malgré ces chiffres relativement bas, les MK ont conscience de ce manque de connaissances, car ils s'autoévaluent en moyenne à 4,4/10 à cette question. Ce manque de connaissances est en accord avec la littérature comme l'indiquent Greco et al., El Hanaoui-Atif et al. et le rapport de la HAS [125]. D'autre part, lorsque nous croisons les résultats, nous remarquons que les MK ayant été sensibilisés ont plus de connaissances que les MK non sensibilisés. Ils confirment ainsi, les dires de la littérature sur l'importance d'être formé à ce type de situation. Nos résultats étant non significatifs, H1 ne peut être prouvée statistiquement. Ainsi, H1 a tendance à être non validée.

2. Hypothèse numéro 2

Les MK détectent et alertent les autorités compétentes face à une suspicion de maltraitance infantile :

Avec l'ensemble des éléments recueillis, des tendances semblent se détacher. En premier lieu, la capacité de détection des MK peut être qualifiée de modérée. En effet, dans les différentes affirmations sur une possible situation de maltraitance, nous avons pu remarquer que la majorité des professionnels repèrent la situation alarmante chez leurs patients. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les MK ont été sensibilisés à ce sujet au préalable. Par exemple, une « insulte », est une maltraitance pour 98% des MK, une « négligence vestimentaire » est une maltraitance pour 59% des MK, enfin « changer la couche de manière brusque » est une maltraitance pour 55% des MK.

En second lieu, lorsque nous nous intéressons aux démarches de signalement réalisées par les MK, nous observons une grande disparité entre les MK de notre étude ainsi que des écarts par rapport à la littérature. En effet, parmi les MK de notre étude ayant déjà été confrontés

à une situation de maltraitance infantile, 18% n'ont fait aucune démarche de signalement. 82% des MK de notre étude assurent être freinés lors de la prise de décision d'alerter. De plus, dans les différents cas cliniques, nous avons pu remarquer qu'un grand nombre de MK « attendent les prochaines séances pour voir l'évolution de l'enfant » avant d'alerter (33% des MK dans la situation n°1 et 30% dans la situation n°2, question 24). Ces chiffres posent les questions suivantes : est-ce que les MK attendent, car ils veulent réellement voir l'évolution de l'enfant ou attendent-ils parce qu'ils ne sont pas sûrs d'eux, ne savent pas qui contacter et ne veulent pas risquer d'avoir des problèmes avec les parents ? Avec ces résultats, il nous semble acceptable de qualifier les démarches de signalements réalisées par les MK de faibles. Soulignons toutefois que les MK ont conscience de ces difficultés, comme en témoigne leur autoévaluation de 4,1/10. Nos résultats étant non significatifs, H2 ne peut être prouvée statistiquement. Ainsi, H2 a tendance à être non validée.

3. Hypothèse numéro 3

Les MK ont conscience de leurs rôles face aux maltraitances infantiles :

Nous pouvons observer que les connaissances et la conscientisation des rôles du MK semblent être acquises pour une grande majorité des MK interrogés. En effet, 92% des MK assurent avoir un rôle dans la détection des maltraitances, 82% des MK déclarent avoir un rôle dans la prévention des maltraitances et 73% des MK déclarent avoir un rôle à jouer dans la prise en charge d'un enfant maltraité. Cependant, 2 subtilités sont à noter. Tout d'abord, malgré le fait que les MK aient conscience d'avoir un rôle à jouer dans la prévention des maltraitances, seulement 15% des MK interrogés mettent en place des actions de prévention. Secondement, même si les MK ont conscience d'avoir un rôle à jouer dans la prise en charge thérapeutique d'un enfant maltraité, 78% déclarent être freinés à prendre en charge ces enfants. Ces 2 éléments nous montrent que même si les MK ont conscience de leurs rôles théoriques, les appliquer sur le terrain n'est pas toujours aussi simple. Nos résultats étant non significatifs, H3 ne peut être prouvée statistiquement. Ainsi, H3 a tendance à être acceptée.

A partir de ces 3 hypothèses, nous pouvons remarquer qu'en 2023, les MK français libéraux ont majoritairement conscience de leurs rôles à jouer face aux maltraitances infantiles que cela soit au niveau de la détection, de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Malgré

cette conscientisation, les MK semblent manquer de connaissances pour appréhender au mieux les maltraitances infantiles et ainsi réaliser les démarches de signalements les plus adéquates possibles à la suite d'une suspicion. Nous pouvons ainsi avancer l'idée que les MK sont peu armés pour faire face à ce type de situations seuls, laissant ainsi place à un mauvais jugement ou une mauvaise décision de celui-ci, ce qui peut engendrer un danger pour l'enfant.

C. Biais, limites et propositions d'amélioration

1. Biais liés au questionnaire

Bien que comportant un certain nombre d'avantages, notre questionnaire comporte des biais :

- **L'effet halo** : l'enchaînement des questions peut induire certaines réponses comme évoqué par Thorndike et al [126]. De plus, certaines tournures de questions pouvaient imposer indirectement aux MK une réponse (questions 14, 15, 16).

- **L'effet ancrage** : lors de questions fermées, les premières propositions ont une probabilité plus forte d'être sélectionnées [127]. Effet non négligeable pour notre questionnaire qui comporte 37 questions fermées sur 41 questions au total.

- **Biais d'estime de soi/ désirabilité sociale** : un manque de franchise sur le sujet est possible, car la maltraitance infantile reste encore aujourd'hui un sujet tabou et délicat. Les MK par peur d'être jugés peuvent biaiser leurs réponses afin de se conformer à la norme et aux attentes de l'examineur [128].

- **Artefacts du questionnement** : les MK se sentent obligés de répondre d'une certaine manière, car ils pensent avoir perçu l'objectif des questions, Butori & Parguel et al [129].

- Bien que le temps ait été estimé entre 10 et 15 minutes, la longueur du questionnaire et son nombre de questions ont pu engendrer un effet de lassitude au fur et à mesure de la lecture pour les MK. Cette lassitude nous a peut-être fait perdre des MK ou s'ils ont répondu jusqu'à la fin du questionnaire, les MK ont peut-être répondu de manière rapide et moins précise.

- Enfin, le thème du mémoire, sa pertinence, son originalité et l'attrait pour la thématique pour le MK sont des éléments impactant le nombre de participants.

Après l'obtention des résultats et en dépit d'une phase de pré-test, certaines questions ont été mal formulées ou mal comprises par les participants :

- Un problème de compréhension semble être présent entre la question 12 et 13. En effet, un certain nombre de MK ont eu des réponses similaires entre ces deux questions. Or, nous attendions une définition générale à la question 12 et une liste des différents types de maltraitements à la question 13. De plus, pour faciliter l'analyse des résultats de ces 2 questions, il aurait été plus judicieux de demander aux MK de donner 5 mots maximums pour définir la maltraitance et 5 mots maximums pour les différentes formes de maltraitance.

- **La formulation des questions 14, 15, 16** a pu provoquer un biais de conformisme social [130]. En effet, en posant la question de cette manière sur un sujet aussi tabou, les MK sont fortement influencés à répondre oui (effet acquiescement) [131].

- **Les questions 11 et 25** font écho à l'effet Dunning-Kruger à savoir, les MK les plus instruits dans ce domaine vont avoir tendance à sous-estimer leurs connaissances lors d'une auto-évaluation tandis que les moins instruits vont avoir tendance à surestimer leurs connaissances. (Kruger & Dunning) [132]. De plus, en laissant la possibilité aux participants de s'auto-évaluer entre 0 et 10, ceux-ci vont avoir tendance à vouloir se placer au niveau moyen de l'échelon à savoir 5 (effet de la modalité médiane).

- **A la question 18**, nous imposons aux MK de connaître ou non les 3 catégories établies par l'ODAS. Il aurait été intéressant de rajouter une case « je ne sais pas » afin de ne pas avoir des réponses par dépit.

- **Les questions 19 et 24** portant sur les cas cliniques, peuvent sembler difficiles à répondre. En effet, le manque de nuance ou de détail concernant le contexte peut amener les MK à ne pas savoir répondre. Des situations plus développées auraient peut-être permis au MK de s'identifier plus facilement à la réalité de terrain.

- **A la question 22**, nous imposons aux MK de cocher au moins une conséquence de maltraitance qu'ils ont pu observer chez leurs patients. Or, il est possible que le MK n'aient rien vu ou vu autre chose que les éléments proposés. L'ajout d'une case « autres » et d'une case « je n'ai rien observé » auraient pu être intéressantes.

- **Concernant la question 23**, nous imposons aux MK de cocher au moins un facteur de risque auquel il fait attention. Or, il est possible que les MK ne connaissent pas les facteurs de risque de la maltraitance ne pouvant pas par conséquent y être vigilant. L'ajout d'une case « je ne sais pas » et « autres » aurait pu être intéressante.

- **La question 26**, n'a pas été comprise par l'ensemble des MK. En effet, plusieurs participants, ont exprimé clairement leur incompréhension quant à cette question. D'autres ont

répondu, mais avec des éléments que nous n'attendions pas. Une reformulation aurait pu être donnée telle que : « Selon vous, quel est le premier signe observable indispensable afin de prendre la décision d'alerter ? (1-2 mot(s)) ».

- **Aux questions 29 et 31**, nous avons demandé aux MK s'ils ressentait un frein au signalement. Or nous n'avons pas défini clairement ce que nous entendons par le mot frein. Certains MK ont pu répondre qu'il était freiné/ ralenti dans la prise de décision. D'autres ont pu interpréter ce frein comme une non prise de décision totale.

- **A la question 33**, nous avons demandé aux MK, avec « quels autres professionnels de santé travaillent-ils lorsqu'ils prennent en charge des enfants maltraités ? ». Avec cette question, nous nous entendons que les MK ont déjà pris en charge au moins une fois un enfant maltraité, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Une reformulation aurait pu être donnée telle que : « En cas de maltraitance infantile avérée chez l'un de vos petits patients ou si vous aviez à prendre en charge un patient maltraité, travailleriez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de santé ? ».

- Concernant les informations complémentaires, pour faciliter l'analyse, les questions concernant l'âge et l'année de diplôme auraient pu être posées par catégories. Il aurait été intéressant de pouvoir bloquer le retour en arrière des MK après la validation de leurs réponses (question 12 et 13 notamment). Cela aurait permis qu'ils ne puissent pas changer leurs réponses aux questions précédentes. En effet, certaines réponses à ces questions sont données plus loin dans le questionnaire. Cependant, cette manipulation n'est pas possible sur Google Form®. Enfin, bien qu'intéressantes, les questions n°5a, 5b, 7, 10, 21a, 22, 23, 26, 32 n'ont pas été utiles pour répondre à nos hypothèses. Mais elles ont permis d'enrichir notre culture personnelle.

2. Biais liés à la diffusion

Nous avons fait le choix d'utiliser les outils numériques pour diffuser notre questionnaire. En premier lieu, nous avons choisi les réseaux sociaux (Facebook, Instagram). Ce sont des plateformes gratuites certes, mais nécessitant la création d'un compte. L'utilisation majeure de ces 2 réseaux sociaux crée un biais sur l'âge des MK. En effet, les MK qualifiés de « jeunes » sont plus enclins à être touchés par ces outils. Cela se reflète sur notre population, car la moyenne d'âge des MK interrogés est de 33, 4 ans. Afin de pallier au maximum ce biais, nous avons également envoyé notre questionnaire par mail à des MK, aux URPS et au conseil

de l'Ordre des MK. Cependant, il est possible que notre questionnaire se soit « perdu » dans la masse administrative des secrétariats. De surcroît, l'utilisation de la plateforme Google form® nécessite la création d'un compte Google pour le participant afin de répondre aux questions. Enfin, la période de diffusion du questionnaire n'était pas optimale. En effet, celui-ci a été diffusé durant les mois de février et mars 2023, c'est-à-dire au même moment que la majorité des étudiants en 4e année de masso-kinésithérapie, entraînant une surcharge de questionnaires sur les réseaux sociaux ainsi qu'un potentiel effet de lassitude ou d'agacement.

3. Biais liés à l'échantillonnage

En raison d'un nombre insuffisant de réponses (123), les résultats obtenus ne sont pas significatifs. Ce manque de réponses peut s'expliquer par la difficulté de contacter les MK, du fait de la période dense en questionnaires comme nous l'avons mentionné précédemment. Mais également la difficulté à jongler entre la diffusion du questionnaire et les horaires parfois denses de travail en libéral. De plus, le sujet en lui-même est un biais. En effet, la maltraitance infantile étant un sujet tabou et délicat, les MK pourraient ne pas avoir répondu par peur d'être jugés notamment. Enfin, le questionnaire était ouvert à tous les MK libéraux de France, qu'ils prennent ou non en charge des enfants. Certains MK libéraux spécialisés dans un domaine particulier autre que la pédiatrie ou les MK ne prenant jamais d'enfants en charge ne se sont peut-être pas sentis concernés ou manquaient de légitimité pour répondre. Ainsi, la spécificité de ce thème peut créer un biais de sélection, car les MK intéressés par ce sujet, vont avoir tendance à prendre plus de temps pour répondre à ce questionnaire que ceux qui ne sont pas intéressés par la pédiatrie. Ce qui peut expliquer en partie pourquoi 53% des MK interrogés ont suivi au moins une formation en pédiatrie.

Notre échantillon de MK est également non représentatif de la population française des MK. En effet, dans son rapport démographique de 2022, l'Ordre des MK annonce 51,4% de femmes et 48,5% d'hommes MK libéraux, or dans le cadre de notre étude, les participants sont des femmes à 79% [108]. L'aspect genré de la pédiatrie souvent attribuée aux femmes peut être l'une des raisons expliquant cette proportion importante de femmes. La population des MK de France étant quasiment paritaire, nous pouvons avancer l'idée que les femmes semblent être plus sensibles à la maltraitance infantile que les MK de sexe masculin.

Comme nous l'avons vu précédemment, en diffusant notre questionnaire sur les réseaux sociaux, les jeunes MK sont majoritairement. La moyenne d'âge de notre population est de 33,4 ans contre 41,31 ans à l'échelle nationale en 2022 [108]. Nous pouvons nous interposer sur ce chiffre. Les jeunes MK ont-ils souhaité se challenger/ se tester afin d'évaluer leur niveau de connaissances ? Les jeunes MK sont-ils plus habitués à la recherche clinique et à répondre à des questionnaires ? Les jeunes générations de diplômées se sentent-elles plus concernées par ce sujet, car depuis la réforme des études de 2015, la prévention est plus évoquée en IFMK [49].

La répartition par tranche d'âge des MK de notre étude est inégale et ne correspond pas à celle de la population générale des MK français. Tant au niveau national qu'au sein de notre étude, les MK âgés de 25 à 29 ans sont les plus nombreux. Cependant, dans notre étude, ils représentent une proportion plus élevée de répondants (soit 33% des MK) par rapport à la proportion nationale qui est de 18% [108] (*annexe 84*).

D'autre part, 52% des MK interrogés dans notre étude ont déjà été confrontés à une maltraitance infantile. Ce chiffre impressionnant peut s'expliquer du fait qu'il soit plus simple, plus naturel et plus enthousiasmant de répondre à un questionnaire quand nous connaissons le sujet ou lorsque nous avons vécu une expérience professionnelle s'y apparentant. Les MK ayant été confrontés aux maltraitements se seraient donc plus mobilisés.

Enfin, un biais de volontariat est également présent dans ce travail. En effet, les données recueillies proviennent exclusivement des MK volontaires qui ont exprimé leur volonté de donner leur avis dans l'espoir qu'il soit analysé.

4. Limites de l'étude

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, le questionnaire était sans doute trop long (autant pour les participants que pour l'enquêteur), il aurait été plus judicieux de reformuler certaines questions et d'en supprimer d'autres afin de raccourcir l'outil d'enquête. De même, le faible nombre de réponses obtenues rend ce travail non significatif. Le cœur même de ce mémoire était de faire un état des lieux des connaissances et des moyens mis en place par les MK libéraux face à une situation de maltraitance infantile afin de les comparer avec la littérature scientifique. Mais nous avons constaté une faible proportion d'études scientifiques concernant la profession de MK. Il existe malgré tout de nombreux articles et ressources, mais ceux-ci concernent plus particulièrement les filières des professions médico-psychosociales (médecins,

psychologues). Nous avons manqué de données concernant notre profession de MK, ainsi nous avons très souvent fait le choix d'extrapoler ce qui était valable pour les autres professions de santé aux MK. Malgré nos recherches dans des bases de données scientifiques, certains documents consultés ont un faible niveau de preuve scientifique (livres, thèses de médecine). L'explication du manque de littérature concernant les MK, vient peut-être du manque de sensibilisation de notre profession sur cette thématique. Ce qui expliquerait en partie les disparités entre la réalité de terrain et les recommandations de la littérature. Notre questionnaire est posé à un instant t du parcours de chaque MK et concerne principalement leurs connaissances et leurs réflexions face à ce type de situation. Or, il n'existe pas un « mode d'emploi » type face aux maltraitances infantiles. En effet, de nombreux MK indiquent que faire face à une maltraitance infantile n'est jamais simple. Ainsi, la littérature nous fait remarquer qu'il est important de prendre en compte d'un côté l'enfant : ses dires, son comportement, son physique, son histoire, ses antécédents et de l'autre côté son contexte de vie : les parents et leurs explications. Un juste milieu est à trouver entre laisser planer un doute et se précipiter à chaque situation. Enfin, nous avons constaté 2 biais dans l'analyse de nos résultats : un biais de raisonnement : ayant l'envie de prouver une certaine vision des choses et ayant certains a priori, nous pouvons orienter notre raisonnement [133]. Un biais de confirmation d'hypothèses : nos premières idées peuvent influencer notre analyse afin d'y répondre positivement [134].

5. Propositions d'amélioration

Afin d'améliorer notre travail, il serait intéressant de réaliser des entretiens auprès des MK. Ces entretiens pourraient permettre d'avoir plus d'informations sur le vécu et le ressenti des MK face à ce type de situation. Un entretien physique ou via vidéoconférence plutôt qu'un entretien téléphonique à l'avantage de permettre l'observation des réactions verbales et non verbales spontanées des MK sur ce sujet. Cette proposition n'a pas été retenue de prime abord, car la maltraitance infantile étant un sujet tabou, nous avons peur d'un manque de volontaires et de sincérité des MK.

VI. Ouverture

Parmi les 70% des MK qui déclarent n'avoir jamais été sensibilisés aux maltraitances infantiles, 99% ont déjà pris au moins une fois en charge des enfants.

Ainsi, renforcer la sensibilisation des MK apparaît comme un objectif majeur pour notre profession. Mais comment promouvoir le rôle du MK et avoir un impact réel au sujet des maltraitances infantiles ? Quels dispositifs mettre en place ? Nous savons qu'il existe déjà des outils comme le guide de recommandation de la HAS, mais il semblerait que cela ne suffise pas au vu des réponses de notre étude. La mise en place de formation concernant la maltraitance infantile est l'une des solutions envisageables. Une formation en IFMK nous semble pertinente, car elle permettrait aux étudiants d'avoir notion de cette thématique au cours de leur formation. Par la suite, si les MK souhaitent se former davantage dans leur parcours professionnel, d'autres formations existent :

- Diplôme inter universitaire (DIU) : « maltraitance des enfants : du diagnostic aux aspects médico-légaux » à la faculté de Médecine de Paris-Sud depuis 2016 [135], [136].

- Diplôme universitaire (DU) : « Protection de l'Enfance (en psychopathologie) » à Paris ex-Paris Diderot [135], [137].

- MOOC : Agir contre les maltraitances vis-à-vis des enfants, l'affaire de tous, 2016 [21].

- MOOC : 21ème session-protection de l'enfance par le département de la Gironde [138].

Enfin, pour ouvrir le débat concernant les maltraitances de manière plus générale, il serait intéressant d'aborder les maltraitances chez d'autres types de populations qualifiées de « vulnérable ». D'autant plus que le conseil de l'Ordre des MK vient de sortir en mars 2023 un questionnaire pour évaluer les signaux d'alerte de vulnérabilité et d'emprise chez les patients [139]. Dans cette même dynamique, le Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées a également publié en avril 2023 un E-Learning gratuit sur la promotion de la bientraitance pour prévenir les maltraitances [140].

VII. Conclusion générale

« Chaque enfant a le droit d'être protégé contre toute forme de violence physique ou mentale (article 19) » selon l'UNICEF [141]. Or chaque jour, en France, l'UNICEF estime que plus de 200 enfants subissent des maltraitements de la part de leur entourage [142].

Le MK, professionnel de santé prenant en charge des enfants, a une place réelle dans le système de protection de celui-ci. Le MK se doit d'alerter les autorités compétentes lorsqu'il suspecte une situation de maltraitance infantile. La dernière réforme concernant la formation de masso-kinésithérapie de 2015 ainsi que les dernières lois en matière de protection de l'enfant, renforcent l'aptitude du MK à agir. Cependant, nous sommes amenés à penser que même si la grande majorité des MK a conscience de leurs rôles, les connaissances sont manquantes et la réalité de terrain n'est pas facile. De multiples facteurs peuvent influencer les MK pour évaluer une situation et prendre la décision d'alerter. Nombreux sont les MK de notre étude à ne pas être sensibilisés aux maltraitements infantiles ou estimant leurs connaissances comme insuffisantes pour faire face à ce type de situation. Ces lacunes renforcent ainsi la peur chez les MK, devenant alors le frein majeur au signalement vers les autorités compétentes. Or de ce retard ou de ce non-signalement peuvent résulter de lourdes conséquences physiques, psychologiques et/ou sociales sur l'enfant. C'est à partir de ces constats de fait que le travail pluridisciplinaire et la sensibilisation à la maltraitance apparaissent comme essentiels dans ces situations. Les outils acquis et le travail en équipe, permettront aux MK de participer activement à la lutte contre les maltraitements infantiles.

A titre personnel, ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les maltraitements infantiles et en particulier sur l'importance de les prévenir et les détecter le plus rapidement possible afin d'éviter de mettre l'enfant en danger. J'ai pu également prendre conscience de l'importance de la pluridisciplinarité, travailler seul dans ce type de situation semble être compliqué et émotionnellement difficile. En tant que MK, je serai plus attentive et je n'hésiterai pas à consulter d'autres professionnels en cas de doute sur une situation en gardant au cœur de mes préoccupations le bien-être de l'enfant. Ce travail a permis d'aborder un sujet tabou peu évoqué et ainsi, entamer une réflexion et une prise de conscience générale sur le rôle des MK face aux maltraitements infantiles. Par la suite, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur ce sujet et plus particulièrement sur la manière dont nous pourrions apporter au

MK le soutien nécessaire lorsqu'il prend en charge un enfant maltraité. Enfin, la rédaction de ce mémoire, m'a offert la possibilité de m'initier à la recherche scientifique tout en développant mon esprit critique et en me tenant constamment informé des actualités concernant ce sujet. Aussi, ce travail m'a permis d'adopter une rigueur méthodologique ainsi qu'une organisation consciencieuse afin de mener ce projet à bien.

Concernant l'apport pour la profession, ce mémoire semble mettre en évidence la nécessité d'une sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles afin de limiter les risques pour les enfants. Ainsi, un « bagage théorique » serait à prévoir au cours de la formation initiale afin que chaque MK puisse détecter et prévenir les maltraitances infantiles au cours de son exercice professionnel.

Par ailleurs, ce mémoire permet également de mettre en lumière la légitimité et la responsabilité des MK face aux maltraitances infantiles. En tant que professionnel de santé diplômé d'État, le MK engage une dimension éthique, morale et déontologique face à une suspicion de maltraitance.

Ce travail apporte des observations sur les difficultés rencontrées par les MK dans la détection et le signalement des maltraitances infantiles. La maltraitance touche l'individu dans sa globalité et plus celle-ci est détectée tôt, plus la famille, l'entourage, mais également l'enfant, peuvent se reconstruire aussi bien physiquement, psychologiquement que socialement. Révéler une maltraitance est certes un acte difficile et délicat au départ, qui peut bouleverser une famille, mais en retour cela peut permettre à l'entourage et à l'enfant de se reconstruire et favoriser un travail de résilience. Accompagnés par des professionnels des secteurs médico-psychosociaux, les auteurs des maltraitances infantiles peuvent ainsi entamer un cheminement afin de comprendre leurs erreurs et réfléchir à leurs actes.

Nous concluons en avançant que ce mémoire apporte non seulement à la profession des MK, mais il apporte surtout à l'enfant maltraité, aux parents ainsi qu'à l'entourage de celui-ci, car en définitive, l'objectif de signaler une maltraitance infantile et de permettre à l'enfant et à son entourage de renâître de leurs souffrances (B. Cyrulnik, médecin, psychanalyste, psychiatre Français). Signaler, c'est donc faire en sorte que chacun en ressorte grandi aussi bien l'enfant, que les parents et son entourage ainsi que le MK qui verra en son signalement un acte bienveillant.

VIII. Bibliographie

[1] Rey-Salmon C. Chapitre 1. Approche historique. Maltraitance chez l'enfant, Cachan: Lavoisier; 2013, p. 1–3. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0008>

[2] Feldman M. 2. Le sort des enfants juifs : 1940-1945. Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944) ?, Toulouse: Érès; 2009, p. 45–76.

[3] Feldman M, Mouchenik Y, Moro MR. Les enfants juifs cachés en France pendant la Seconde Guerre mondiale : des traces du traumatisme repérables plus de soixante ans après. *La psychiatrie de l'enfant* 2008;51:481–513. <https://doi.org/10.3917/psy.512.0481>

[4] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Mieux évaluer la situation d'un enfant en danger : la HAS propose le 1er cadre national de référence ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232338/fr/mieux-evaluer-la-situation-d-un-enfant-en-danger-la-has-propose-le-1er-cadre-national-de-reference

[5] Justice.gouv.fr [En ligne]. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/mission-sur-les-morts-violentes-denfants-au-sein-des-familles-32336.html>

[6] COVID-19 : doublement de l'incidence du syndrome du bébé secoué. [En ligne]. COVID-19 : doublement de l'incidence du syndrome du bébé secoué | Univadis. [Consulté le 04 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.univadis.fr/viewarticle/a0c41027-bca7-3c72-8b48-d89031920d3e>

[7] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835208/fr/mission-du-responsable-d-etablissement-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance

[8] UNICEF [En ligne]. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) - UNICEF ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>

[9] Solidarites.gouv.fr | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [En ligne]. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites.gouv.fr/quest-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

[10] ODAS [En ligne]. Définition de l'enfant en danger ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>

[11] Oui A. Observer et mesurer la maltraitance infantile : complexité de la démarche et données disponibles. Dialogue 2021;233:159–73. <https://doi.org/10.3917/dia.233.0159>

[12] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Mieux évaluer la situation d'un enfant en danger : la HAS propose le 1er cadre national de référence ; [Consulté le 22 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232338/fr/mieux-evaluer-la-situation-d-un-enfant-en-danger-la-has-propose-le-1er-cadre-national-de-referance

[13] Accueil | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [En ligne]. [Consulté le 12 mai 2023]. Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2020_ok.pdf

[14] 119 [En ligne]. 119 ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.allo119.gouv.fr/activites>

[15] Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Répertoire du plan de lutte contre les violences faites aux enfants à destination des professionnels du périscolaire et de l'extrascolaire – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/ressources-documentaires/article/repertoire-du-plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-a>

[16] World Health Organization (WHO) [En ligne]. Maltraitance des enfants ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

[17] UNICEF [En ligne]. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences | UNICEF France ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/des-millions-denfants-dans-le-monde-victimes-de-violences/>

[18] Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016;137:e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>

[19] Handicap.gouv.fr | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [En ligne]. Prévenir et lutter contre la malveillance | handicap.gouv.fr ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://handicap.gouv.fr/prevenir-et-lutter-contre-la-malveillance>

[20] Macilotti G. Violence et humiliation à l'ère numérique : une étude en milieu scolaire. *Déviance et Société* 2019;43:299–328. <https://doi.org/10.3917/ds.433.0299>

[21] Pédagogie Numérique en Santé [En ligne]. Pns - MOOC AGIR CONTRE LES MALTRAITANCES VIS À VIS DES ENFANTS : L'AFFAIRE DE TOUS (2016) ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/5/presentation>

[22] Pekarsky AR. Édition professionnelle du Manuel MSD [En ligne]. Revue générale des maltraitements à enfant - Pédiatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD ; 1 nov 2022 [Consulté le 06 novembre 2022].

Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/maltraitements-à-enfants/revue-générale-des-maltraitements-à-enfant>

[23] Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [En ligne] ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

[24] Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales* 2013;32–50. <https://doi.org/10.3917/rfas.125.0032>

[25] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

[26] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant – Comment la repérer ? ; [Consulté le 28 décembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer

[27] World Health Organization (WHO) [En ligne]. Maltraitance des enfants ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

[28] Accueil [En ligne]. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? Numéro thématique. Morts inattendues du nourrisson ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-epidemiologique-des-morts-suspectes-de-nourrissons-en-france-quelle-est-la-part-des-homicides>

[29] La boîte à outils du coaching [En ligne]. Dunod ; 2019. Outil 15. Le triangle de Karpman ; [Consulté le 13 novembre 2022]. p. 58-61. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-coaching--9782100791408-page-58.htm?contenu=article>

[30] Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat* 2010;15:111–20. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>

[31] UN Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children | [En ligne]. Coûts économiques de la violence contre les enfants | Représentante spéciale chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible : https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic_costs_of_vac_viewpoint

[32] Cour des comptes [En ligne]. La protection de l'enfance ; [Consulté le 19 octobre 2022 le 13 mai 2023]. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-protection-de-lenfance-0>

[33] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ; [Consulté le 28 septembre]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

[34] Le petit Larousse illustré. Définitions : détecter - Dictionnaire de français Larousse. Larousse; 2011, p. 336

[35] Apter G. La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sur l'enfant : état des lieux et perspectives. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 2021;30:90–7. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0090>

[36] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant – Comment la repérer ? ; [Consulté le 17 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer

[37] Rey-Salmon C. Diagnostiquer et signaler la maltraitance : repères. Laennec 2008;56:6–17. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0006>

[38] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ; [cité le 10 novembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

[39] Romano H, Séraphin G. Chapitre 3. Les mesures de protection. Enfant maltraité, en danger... de quoi parle-t-on ? Accompagner en justice l'enfant victime de maltraitance ou d'accident, Paris: Dunod; 2017, p. 45–70. <https://doi.org/10.3917/dunod.roman.2017.01.0045>

[40] DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [En ligne]. Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste ; [Consulté le 15 novembre 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943150>

[41] Gupta D, Thappa DM. Mongolian spots. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2013;79:469–78. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.113074>

[42] Chauvin-Kimoff L, Allard-Dansereau C, Colbourne M. L'évaluation médicale des fractures en cas de soupçons de maltraitance : les nourrissons et les jeunes enfants atteints d'une lésion squelettique. Paediatr Child Health 2018;23:161–6. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx183>

[43] Légifrance [En ligne]. Article 434-3 - Code pénal ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/

[44] Accueil Particuliers | Service-public.fr [En ligne]. Enfant en danger : comment le signaler ? ; [Consulté le 17 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>

[45] Légifrance [En ligne]. Article 4321-2 - Code de la santé publique ; [Consulté le 7 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020953322

[46] 119 [En ligne]. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.allo119.gouv.fr/>

[47] Accueil Particuliers | Service-public.fr [En ligne]. Que peut faire un juge des enfants pour protéger un mineur en danger ? ; [Consulté le 09 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17777>

[48] Celester [En ligne]. Les 3 niveaux de prévention selon l’OMS ; [Consulté le 17 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.celester.org/guide-methodologique-1/definitions/les-3-niveaux-de-prevention-selon-loms>

[49] De Saint-Rapt M, Meignan C, Reynaud J-L, Burles D, Desbois P. La réforme des études de kinésithérapie : une opportunité de relance des défis de santé publique pour la profession. *Kinésithérapie, la Revue* 2016;16:55–9. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.012>

[50] Elsevier Connect [En ligne]. Les onze compétences du masseur-kinésithérapeute ; [Consulté le 17 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/kine-osteo/les-onze-competences-du-masseur-kinesitherapeute>

[51] Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Répertoire du plan de lutte contre les violences faites aux enfants à destination des professionnels du périscolaire et de l’extrascolaire – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/ressources-documentaires/article/repertoire-du-plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-a>

[52] Direction de la coordination des programmes [En ligne]. Agenda nations unies 2030 - direction de la coordination des programmes - www.coe.int ; [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/programmes/un-2030-agenda>

[53] World Health Organization (WHO) [En ligne]. Violence à l’encontre des enfants ; [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

[54] INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l’encontre des enfants [En ligne] ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254627>

[55] L’Enfant Bleu [En ligne]. Association l’Enfant Bleu - Lutte contre l’enfance maltraitée ; [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://enfantbleu.org>

[56] SOS | Enfance En Danger [En ligne]. SOS | missions ; [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.sosenfanceendanger.fr/missions.html>

[57] Asso. Les Papillons [En ligne]. Maltraitements infantiles | association les papillons ; [Consulté le 09 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.associationlespapillons.org>

[58] EM-Consulte [En ligne]. Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/188834/histoire-des-savoirs-et-des-pratiques-en-kinesithe>

[59] Le Conseil Départemental de l'Allier 03 – Le site du conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Allier [En ligne]. Définition de la profession – Le Conseil Départemental de l'Allier 03 ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://allier.ordremk.fr/textes-de-loi-en-rapport-avec-la-profession/definition-de-la-profession/>

[60] EM-Consulte [En ligne]. La réforme des études de kinésithérapie : une opportunité de relance des défis de santé publique pour la profession ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1093503/la-reforme-des-etudes-de-kinesitherapie>

[61] Légifrance [En ligne]. Chapitre II : Certification périodique des professionnels de santé (Articles L4022-1 à L4022-11) ; [Consulté le 03 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000043823806/

[62] FNEK – Le site de la Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Kinésithérapie [En ligne]. La formation en masso-kinésithérapie – FNEK ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <http://www.fnek.fr/les-etudes/la-formation-en-masso-kinesitherapie/>

[63] Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 109 du 10 mai 2017) ; [Consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e70

[64] Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [En ligne]. Historique > ; Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/accueil/historique/>

[65] Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [En ligne]. R. 4321-89 Soins aux mineurs > ; Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-89-soins-aux-mineurs/>

[66] Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [En ligne]. R. 4321-90 Protection des personnes victimes de sévices et/ou privations (article commenté (màj le 15/12/2021)) > ; Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes ; [Consulté le 17 septembre 2022]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-90-protection-des-personnes-victimes-de-sevices-etou-privations/>

[67] Légifrance [En ligne]. Article R4321-61 - Code de la santé publique ; [Consulté le 02 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730288

[68] Pourquoi les professionnels ont-ils si peur des parents qui souffrent ? Témoignage d'une mère qui se débat. VST - Vie sociale et traitements 2015;127:38–42. <https://doi.org/10.3917/vst.127.0038>

- [69] Vasseur P. Chapitre 18. Positionnement du soignant. Maltraitance chez l'enfant, Cachan: Lavoisier; 2013, p. 184–90. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0184>
- [70] LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (1). 2015.
- [71] Légifrance [En ligne]. Article 226-14 - Code pénal ; [Consulté le 23 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223/
- [72] World Health Organization (WHO) [En ligne]. Constitution ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- [73] Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;67:607–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.008>
- [74] Revue Medicale Suisse [En ligne]. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
- [75] Légifrance [En ligne]. Article 223 - Code pénal ; [Consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588
- [76] Légifrance [En ligne]. Article R4321-60 - Code de la santé publique ; [Consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730290
- [77] Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (2). *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* 2021;30:109–109. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0109>

[78] Sakakida C, Tadaka E, Arimoto A. Development and validation of a new Multidisciplinary Approach Competency Scale for Prevention of Child Abuse from Pregnancy (MUSCAT). PLoS One 2021;16:e0249623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249623>

[79] Légifrance [En ligne]. Loi n°2016-297 du 15 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ; [Consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/#:~:text=%2DLa%20protection%20de%20l%27enfance,le%20respect%20de%20ses%20droits>

[80] Lane WG. Prevention of Child Maltreatment. *Pediatr Clin North Am* 2014;61:873–88. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.002>

[81] Légifrance [En ligne]. Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute (Articles R4321-1 à R4321-145) ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178631/2020-07-12

[82] Brin É. La place du masseur-kinésithérapeute face aux violences intrafamiliales (1). *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* 2021;30:105–8. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0105>

[83] Solidarites.gouv.fr | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [En ligne]. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; [Consulté le 14 octobre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>

[84] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence ; [Consulté le 20 novembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference

[85] Home | AAFP [En ligne]. Child abuse : approach and management ; [Consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur : <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0115/p221.html>

[86] Solís-García G, Marañón R, Medina Muñoz M, de Lucas Volle S, García-Morín M, Rivas García A. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. *Anales de Pediatría* 2019;91:37–41. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.013>

[87] Lange-Herr N, Rindlisbacher A, Romano F, Jackowski C. “Guboow”—child abuse or traditional medical treatment? a case report. *Int J Legal Med* 2021;135:1537–40. <https://doi.org/10.1007/s00414-021-02513-2>

[88] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l’enfant – Comment la repérer ? ; [Consulté le 08 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer

[89] Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:637–44. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>

[90] Psychiatriki [En ligne]. Volume 31 Issue 2 - Neurobiology of emotional trauma ; [Consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1587&Itemid=1109&lang=en

[91] Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of Child Physical and Sexual Abuse as Predictors of Psychopathology. *Child Abuse Negl* 2018;86:167–77. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>

[92] JPMA - Journal Of Pakistan Medical Association [En ligne]. JPMA - journal of pakistan medical association ; [Consulté le 15 octobre 2022]. Disponible sur : https://jpma.org.pk/article-details/9069?article_id=9069

[93] Seth R, Srivastava RN. Child Sexual Abuse: Management and prevention, and protection of children from Sexual Offences (POCSO) Act. *Indian Pediatr* 2017;54:949–53. <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1189-9>

[94] Perrusson O. Accompagnement psychologique des enfants maltraités. *Laennec* 2008;56:34–44. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0034>

[95] De Becker E. Les « PSYS » face aux maltraitances à enfants. *Psychothérapies* 2007;27:85–96. <https://doi.org/10.3917/psys.072.0085>

[96] Accueil Particuliers | Service-public.fr [En ligne]. Enfant victime de maltraitance ; [Consulté le 10 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F952>

[97] Accueil Particuliers | Service-public.fr [En ligne]. Retrait de l'autorité parentale ; [Consulté le 10 janvier 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3135>

[98] Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales* 2013;32–50. <https://doi.org/10.3917/rfas.125.0032>

[99] Laurent-Vannier A. Syndrome et séquelles du bébé secoué. *Les Cahiers de la Justice* 2018;1:47–53. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0047>

[100] Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2009;136:838–44. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2008.10.048>

[101] Atiyeh B, Janom HH. Physical rehabilitation of pediatric burns. *Ann Burns Fire Disasters* 2014;27:37–43

[102] Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. Kinésithérapie, La Revue 2021;21:51–7. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.013>

[103] Vlaeyen JWS, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. Revue du Rhumatisme 2009;76:511–6. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.004>

[104] Formarier M. Peur. Les concepts en sciences infirmières, Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012, p. 236–8. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0236>

[105] Vila G. L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2006;19:97–100. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2006.02.003>

[106] Bugental DB, Martorell GA, Barraza V. The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. Hormones and Behavior 2003;43:237–44. [https://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00008-9](https://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00008-9)

[107] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance des enfants : y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger ; [Consulté le 04 novembre 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-protoger

[108] Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [En ligne]. La démographie des kinésithérapeutes en 2022 ; [Consulté le 25 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/>

[109] SurveyMonkey [En ligne]. Calculez la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey ; [Consulté le 19 mars 2023]. Disponible : <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

[110] CNIL | [En ligne]. Respecter les droits des personnes | CNIL ; [Consulté le 13 novembre 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/respecter-les-droits-des-personnes>

[111] Vasseur P. Chapitre 18. Positionnement du soignant. Maltraitance chez l'enfant, Cachan: Lavoisier; 2013, p. 184–90. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0184>

[112] Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics, Medicine and Public Health* 2015;1:11–8. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.01.001>

[113] Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan* [En ligne]. 2009 [Consulté le 12 avril 2023] ;73(1):119. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/empa.073.0119>

[114] Allain P. La prise de décision : aspects théoriques, neuro-anatomie et évaluation. *Revue de neuropsychologie* 2013;5:69–81. <https://doi.org/10.3917/rne.052.0069>

[115] Kompé-Tchamgoué A. Les freins à la révélation de la situation de danger par le professionnel. *Enfances & Psy* 2013;61:150–8. <https://doi.org/10.3917/ep.061.0150>

[116] Desmond L : Enfance en danger : les freins aux signalements et aux information préoccupates chez les psychologues. Étude à partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants [Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux UFR des sciences médicales ; 2016.

[117] Vasseur P. Chapitre 18. Positionnement du soignant. Maltraitance chez l'enfant, Cachan: Lavoisier; 2013, p. 184–90. <https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0184>

[118] France Inter [En ligne]. Maltraitance infantile : "On ne sait pas repérer ces enfants par manque de formation", regrette Céline Gréco ; [Consulté le 03 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/l-invite-de-6h20/maltraitance-infantile-on-ne-sait-pas-reperer-ces-enfants-par-manque-de-formation-regrette-celine-greco-8200225>

[119] Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne [En ligne]. Définitions : frein - Dictionnaire de français Larousse ; [Consulté le 12 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/frein/35159#:~:text=Organe%20destiné%20à%20ralentir,%20à,ensemble%20mécanique%20doué%20de%20mouvement.>

[120] Azizi M, Shahhosseini Z. Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals: A narrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2017;4:110. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_3_17

[121] Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [En ligne]. R. 4321-80 Qualité des soins > ; Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes ; [Consulté le 24 avril 2023]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-80-qualite-des-soins/>

[122] Perrusson O. Accompagnement psychologique des enfants maltraités. *Laennec* 2008;56:34–44. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0034>

[123] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ; [Consulté le 30 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

[124] Leicher C. CPTS et territoire. Regards. *EN3S -École nationale supérieure de Sécurité sociale*; 2019; N°56(2), p 81- 92. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0081>

[125] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ; [Consulté le 28 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

[126] Rosenzweig P. L'effet halo, ou les mirages de la performance. *Le journal de l'école de Paris du management* 2009;79:9–16. <https://doi.org/10.3917/jepam.079.0009>

[127] Goldszlagier J. L'effet d'ancrage ou l'apport de la psychologie cognitive à l'étude de la décision judiciaire. *Les Cahiers de la Justice* 2015;4:507–31. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1504.0507>

[128] André C. L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers* 2005;82:26–30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>

[129] Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur, 2010.

[130] Nugier A, Chekroun P. Chapitre 2. Le conformisme. *Les influences sociales*, vol. 2e éd., Paris: Dunod; 2021, p. 33–57.

[131] Boulan H. Chapitre 3. La formulation des questions. *Le questionnaire d'enquête*, Paris: Dunod; 2015, p. 37–89.

[132] Annexe. 25 biais cognitifs qui nuisent à la pensée rationnelle. *De l'Open Innovation à l'intelligence collective*, vol. 2e éd., Paris: Dunod; 2018, p. 243–5.

[133] Arnaud B, Mellet É. Outil 6. Dépasser ses biais cognitifs. *La boîte à outils de la psychologie positive au travail*, Paris: Dunod; 2019, p. 28–31.

[134] Larivée S, Sénéchal C, St-Onge Z. Le biais de confirmation en clinique. *Enfance*.2018;4:575–92. <https://doi.org/10.3917/enf2.184.0575>

[135] Apter G. La place du professionnel de santé face aux violences intrafamiliales sur l'enfant : état des lieux et perspectives. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* 2021;30:90–7. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0090>

[136] Faculté de médecine [En ligne]. D.i.u. maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects medico-legaux ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.medecine.universite-paris-saclay.fr/formations/formation-continue/les-diplomes-duniversite-du-et-diu/diu-maltraitance-de-lenfant-du-diagnostic-aux-aspects-medico-legaux>

[137] Choisir sa formation | Université Paris Cité [En ligne]. DU protection de l'enfance - ametys campus - paris cité ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-humaines-et-sociales-SHS/du-protection-de-l-enfance-IGXS3TWI.html>

[138] Gironde.FR [En ligne]. Un MOOC pour former les professionnels de santé aux signes de maltraitance infantile ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.gironde.fr/espace-presse/un-mooc-pour-former-les-professionnels-de-sante-aux-signes-de-maltraitance-infantile>

[139] Le Conseil Départemental de Gironde 33 – en ligne [En ligne]. Outil d'aide à l'évaluation des signaux d'alerte de vulnérabilité et d'emprise – Le Conseil Départemental de Gironde 33 ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : <https://gironde.ordremk.fr/2023/03/22/outil-daide-a-levaluation-des-signaux-dalerte-de-vulnerabilite-et-demprise/>

[140] Solidarites.gouv.fr | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [En ligne]. Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; [Consulté le 01 mai 2023]. Disponible : <https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>

[141] UNICEF [En ligne]. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) - UNICEF ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>

[142] UNICEF [En ligne]. Violences et maltraitances contre les enfants - UNICEF ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/maltraitances-infantiles/>

IX. Annexes

Table des matières des annexes :

| | |
|--|-------|
| Annexe n°1 – Les 3 catégories de l’ODAS | I |
| Annexe n°2 – Le triangle de Karpman | I |
| Annexe n°3 - Guide de repérage des signes de l’HAS | II |
| Annexe n°4 – Article 434-3 du code pénal..... | IX |
| Annexe n°5 – Arbre décisionnel de l’HAS | IX |
| Annexe n°6 – Exemple de fiche de signalement de l’HAS..... | XII |
| Annexe n°7 – Les 7 mesures déployées en 2021 concernant le plan de lutte contre les violences faites aux enfants | XIII |
| Annexe n°8 – Les 3 livrets et la boîte à outils de l’HAS..... | XIV |
| Annexe n°9 – Définition de la masso-kinésithérapie selon le conseil National de l’ordre des MK | XV |
| Annexe n°10 – Articles R4022-2 et R4022-3 du code de la Santé publique | XVII |
| Annexe n°11– Les 11 compétences du décret de compétences des MK..... | XIX |
| Annexe n°12 – Sous-parties 9, 10 et 12 de la compétence numéro 3 des MK..... | XX |
| Annexe n°13 – Sous-parties 4 et 7 de la compétence numéro 6 des MK..... | XXI |
| Annexe n°14 – Article R4321-61 du code de la santé publique..... | XXII |
| Annexe n°15 – Article 226-14 du code pénal issu de la loi du 5 mars 2007 autorisant la levée du secret professionnel | XXIII |
| Annexe n°16 – La pyramide de MASLOW | XXIV |
| Annexe n°17 – Article 223-6 du code pénal..... | XXIV |
| Annexe n°18 – Article R 4321-60 du code de la santé publique..... | XXV |
| Annexe n°19 – Sous-parties 1 et 8 de la compétence numéro 1 des MK..... | XXV |
| Annexe n°20 – Carte mentale du questionnaire | XXVI |
| Annexe n°21 – Questionnaire diffusé aux MK libéraux | XXVII |
| Annexe n°22 – Graphique représentant la proportion homme/ femme des MK de notre étude | XLIX |
| Annexe n°23 – Graphique représentant l’année d’obtention du diplôme des MK de notre étude | XLIX |

| | |
|--|-------|
| Annexe n°24 – Graphique représentant la proportion des MK ayant une formation en pédiatrie | XLIX |
| Annexe n°25 – Graphique représentant la répartition des MK selon leurs IFMK | L |
| Annexe n°26 – Graphique représentant la répartition des MK ayant déjà pris au moins une fois en charge des enfants | LI |
| Annexe n°27 – Graphique représentant le nombre d'enfants pris en charge par les MK par mois | LII |
| Annexe n°28 – Graphique représentant la proportion des MK sensibilisés au sujet de la maltraitance infantile | LII |
| Annexe n°29 – Graphique représentant les moyens utilisés par les MK pour se sensibiliser à la maltraitance infantile | LIII |
| Annexe n°30 – Graphique représentant la prise de position des MK sur l'obligation d'un cours sur la maltraitance infantile en IFMK..... | LIII |
| Annexe n°31 – Graphique représentant l'auto-évaluation du niveau de connaissance actuel des MK concernant les maltraitances infantiles..... | LIV |
| Annexe n°32 – Graphique représentant la définition de la maltraitance infantile selon les MK | LV |
| Annexe n°33 – Graphique représentant les différentes formes de maltraitances infantiles selon les MK | LVI |
| Annexe n°34 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la détection des maltraitances infantiles..... | LVII |
| Annexe n°35 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention des maltraitances infantiles | LVII |
| Annexe n°36 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la prise en charge d'un enfant maltraité | LVIII |
| Annexe n°37 – Graphique représentant les connaissances des MK concernant l'épidémiologie des maltraitances infantiles en France en 2018 | LVIII |
| Annexe n°38 – Graphique représentant les connaissances des MK concernant les 3 catégories définies par l'ODAS : l'enfant maltraité, l'enfant en risque de maltraitance et l'enfant en danger | LIX |
| Annexe n°39 – Graphiques représentant les prises de position des MK face à 6 situations fictives de maltraitance infantile | LX |

| | |
|--|--------|
| Annexe n°40 – Graphique représentant le niveau de connaissance des MK concernant les recommandations de janvier 2021 de l’HAS sur l’évaluation globale d’un enfant en danger | LXI |
| Annexe n°41 – Graphique représentant la proportion de MK ayant déjà été confrontés à une suspicion de maltraitance infantile durant leur exercice professionnel | LXI |
| Annexe n°42 – Graphique représentant les différentes formes de maltraitements infantiles auxquelles les MK ont déjà été confrontés | LXII |
| Annexe n°43 – Graphique représentant les démarches réalisées par les MK à la suite d’une suspicion de maltraitance infantile | LXII |
| Annexe n°44 – Graphique représentant les principales conséquences observées par les MK suite à une suspicion de maltraitance | LXIII |
| Annexe n°45 – Graphique représentant les facteurs de risque auxquels les MK prêtent attention lors d’une suspicion de maltraitance infantile | LXIV |
| Annexe n°46 – Graphiques représentant la prise de décision des MK face à une potentielle situation de maltraitance infantile..... | LXV |
| Annexe n°47 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance infantile et les démarches de signalement à réaliser..... | LXVI |
| Annexe n°48 – Graphique représentant le premier signe indispensable pour les MK afin de prendre la décision d’alerter | LXVI |
| Annexe n°49 – Graphique représentant la proportion de MK ayant connaissance de la loi en matière de protection des professionnels de santé face à une maltraitance infantile | LXVII |
| Annexe n°50 – Graphique représentant les différents contacts privilégiés des MK dans le cadre d’une suspicion de maltraitance infantile. | LXVII |
| Annexe n°51 – Graphique représentant la proportion des MK ressentant un frein au moment d’alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile. | LXVIII |
| Annexe n°52 – Graphique représentant les différents freins ressentis par les MK en cas de suspicion de maltraitance infantile. | LXVIII |
| Annexe n°53 – Graphique représentant la proportion de MK mettant en place des actions de prévention. | LXIX |
| Annexe n°54 – Graphique représentant l’opinion des MK sur l’obligation de la présence des parents pendant une séance de kinésithérapie. | LXIX |

| | |
|--|---------|
| Annexe n°55 – Graphique représentant la proportion des MK ressentant un frein à la prise en charge d’un enfant maltraité. | LXX |
| Annexe n°56 – Graphique représentant les différents freins ressentis par les MK en cas de prise en charge d’un enfant maltraité. | LXX |
| Annexe n°57 – Graphique représentant les différentes adaptations mises en place par les MK en cas de prise en charge d’un enfant maltraité. | LXXI |
| Annexe n°58 – Graphique représentant la position des MK sur la collaboration avec d’autres professionnels de santé en cas de maltraitance infantile. | LXXI |
| Annexe n°59 – Graphique représentant les différents professionnels de santé avec lesquels les MK travaillent en cas de prise en charge d’enfant maltraité. | LXXII |
| Annexe n°60 – Graphique représentant l’avis des MK sur l’apport d’un support d’information supplémentaire. | LXXII |
| Annexe n°61 – Graphique représentant le choix du type de support souhaité par les MK | LXXIII |
| Annexe n°62 – Définition de la violence et de la maltraitance | LXXIV |
| Annexe n°63 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction de l’année d’obtention du diplôme..... | LXXV |
| Annexe n°64 – Tableau croisé : auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction de l’année d’obtention du diplôme de MK | LXXVI |
| Annexe n°65 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction du nombre d’enfants pris en charge par mois. ... | LXXVII |
| Annexe n°66 – Tableau croisé : auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction du nombre d’enfants pris en charge par mois | LXXVIII |
| Annexe n°67 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confrontés à une maltraitance infantile en fonction de la présence de freins lors de la décision d’alerter | LXXX |
| Annexe n°68 – Tableau croisé : auto-évaluation des connaissances des MK concernant la maltraitance infantile en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | LXXXI |
| Annexe n°69 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la détection des maltraitements infantiles en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | LXXXII |
| Annexe n°70 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la prévention des maltraitements infantiles en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | LXXXIII |

| | |
|--|----------|
| Annexe n°71 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la prise en charge d’un enfant maltraité en fonction de leur sensibilisation aux maltraitances infantiles | LXXXIV |
| Annexe n°72 – Tableau croisé : mise en place d’une action de prévention chez les MK concernant les maltraitances infantiles en fonction de la sensibilisation des MK à ce même sujet | LXXXV |
| Annexe n°73 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confrontés à une maltraitance infantile en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | LXXXVI |
| Annexe n°74 – Tableau croisé : MK sensibilisés aux maltraitances infantiles en fonction des freins ressentis lors du signalement aux autorités compétentes | LXXXVII |
| Annexe n°75 – Tableau croisé : MK sensibilisés aux maltraitances infantiles en fonction des freins ressentis lors de la prise en charge d’un enfant maltraité | LXXXVIII |
| Annexe n°76 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confronté à une maltraitance infantile en fonction de leur formation en pédiatrie | LXXXIX |
| Annexe n°77 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XC |
| Annexe n°78 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XCI |
| Annexe n°79 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XCII |
| Annexe n°80 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XCIII |
| Annexe n°81 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XCIV |
| Annexe n°82 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet | XCV |
| Annexe n°83 – Article R. 4321-80 du code de déontologie des MK | XCVI |
| Annexe n°84 – Graphiques représentant la répartition par tranche d’âge des MK libéraux à l’échelle nationale versus les MK de notre étude | XCVII |

Annexe n°1 – Les 3 catégories de l'ODAS

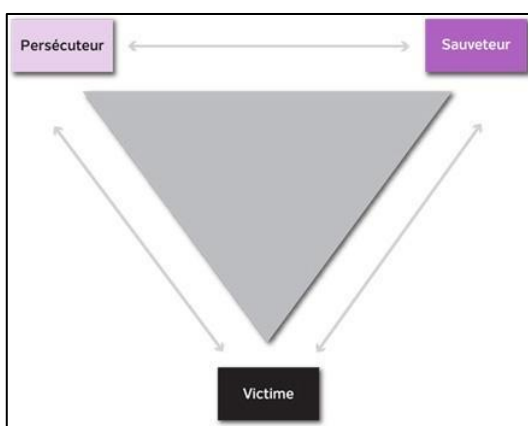
-L'enfant maltraité : « *Enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* ».

-L'enfant en risque de maltraitance : « *L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité* ».

-L'enfant en danger : « *Par enfant en danger, on entend tout mineur de 18 ans ainsi que tout jeune majeur de 18 à 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'ASE ou de la Justice* »

Source : ODAS [En ligne]. Définition de l'enfant en danger ; [Consulté le 16 septembre 2022].
Disponible sur : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>

Annexe n°2 – Le triangle de Karpman



Source : La boîte à outils du coaching [En ligne]. Dunod ; 2019. Outil 15. Le triangle de Karpman ; [Consulté le 13 novembre 2022]. p. 58-61. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-coaching--9782100791408-page-58.htm?contenu=article>

Annexe n°3 - Guide de repérage des signes de l'HAS

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

La situation

→ Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

▶ chez l'enfant :

- la prématurité,
- des troubles du développement et/ou du comportement,
- le handicap ;

▶ chez les parents :

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
- des violences conjugales,
- des addictions,
- l'isolement social et surtout moral,
- des troubles psychopathologiques.

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

L'anamnèse

→ Une maltraitance est à évoquer :

▶ chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;

▶ à tout âge devant :

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
- une lésion pour laquelle :
 - ❖ il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
 - ❖ l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
- un retard de recours aux soins,
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
- des antécédents d'accidents domestiques répétés,
- une ou plusieurs tentatives de suicide,
- des fugues et conduites à risque,
- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
- des faits de maltraitance dans la fratrie.

Des signes physiques

Ecchymoses

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

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

Des signes physiques (suite)

Brûlures

→ Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
- brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

Morsures

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

Fractures

→ Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

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

Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

Des signes de négligences lourdes

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

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturale-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

Des signes de maltraitance psychologique

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

Des signes comportementaux de l'enfant

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

Décisions possibles pour protéger l'enfant

Quelques règles de base

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

Décisions possibles

En situation d'urgence

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

Décisions possibles pour protéger l'enfant (suite)

En dehors des situations d'urgence

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

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

En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux).

Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

Signes orientant vers une atteinte neurologique

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

Syndrome du bébé secoué (suite)

Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

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

Examen clinique

(complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires).

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

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

Anamnèse

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

Conduite à tenir en urgence

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

Maltraitance sexuelle intrafamiliale

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

Le dévoilement du mineur

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

Signes d'appel

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

Maltraitance sexuelle intrafamiliale (suite)

→ Signes au niveau de la sphère génito-anales

- ▶ Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.
- ▶ Les signes les plus évocateurs sont : les saignements, les pertes génitales ; les imitations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.
- **Comportement du mineur** : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle.
- **Comportement de l'entourage** : être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

- un syndrome psychotraumatique :
 - des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flash-back* spontané ou provoqué par des événements, etc.),
 - des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
 - des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;
- et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

- un syndrome psychotraumatique :
 - des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flash-back* spontané ou provoqué par des événements, etc.),
 - des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
 - des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;
- et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen physique

- Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.
- L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.
- L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).
- Les situations justifiant un examen en urgence sont :
 - **médico-judiciaires** : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
 - **médico-chirurgicales** : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).

Annexe 1. Aspects législatifs et réglementaires

Annexe 1.1. Article 375 du Code civil

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. »

Annexe 1.2. Cadre juridique du signalement par un professionnel de santé de maltraitance à enfant

La violation du secret professionnel est punie par l'article 226-13 du Code pénal. Toutefois, des dérogations à cet article permettent à des professionnels de santé de signaler les privations et sévices qu'ils ont constatés.

→ L'article 226-14 du code pénal permet la révélation d'une information à caractère secret :

- « 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- 2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »

→ L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que : « [...] les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code [...] ».

Cette information transmise doit être strictement limitée « à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, un professionnel de santé n'encourt d'ailleurs aucune sanction pénale disciplinaire, sur le fondement de la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

→ Par ailleurs, les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale prévoient que :

- le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage (art. 43) ;
- lorsqu'un médecin constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, « il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (art. 44).

Enfin, un professionnel de santé a une obligation de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

Source : Haute Autorité de Santé [En ligne]. *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* ; [Consulté le 30 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

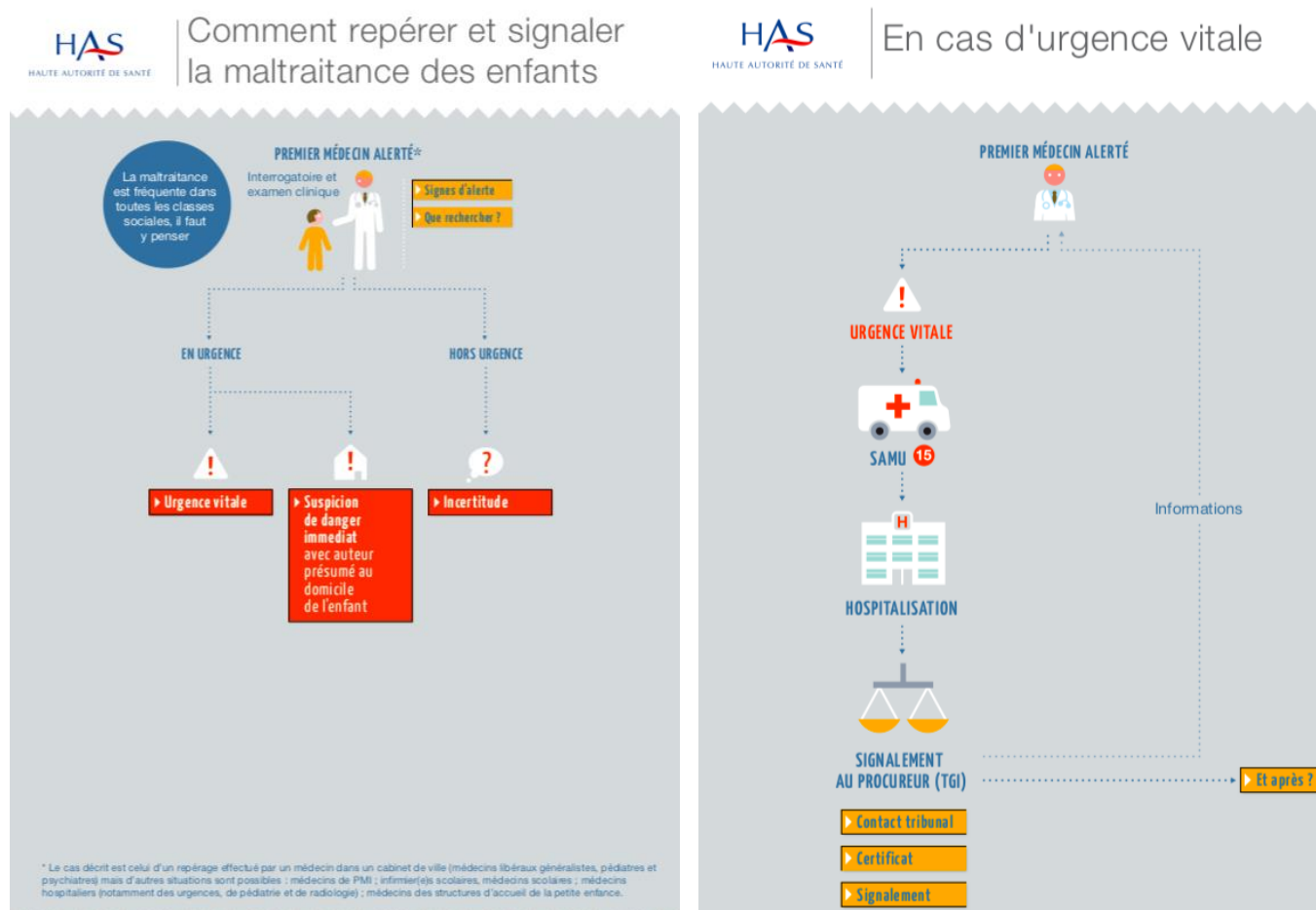
Annexe n°4 – Article 434-3 du code pénal

Article 434-3 du code pénal : « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ».

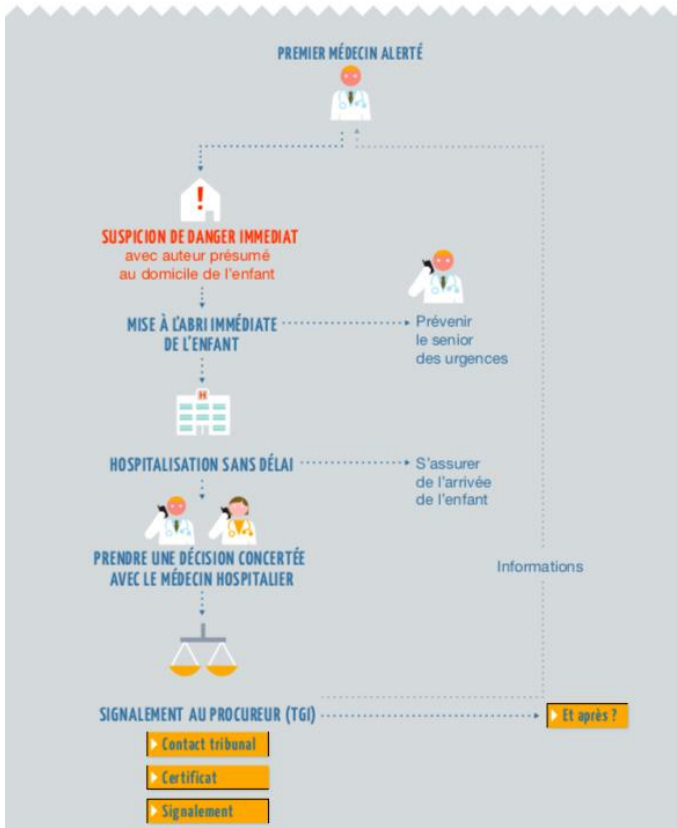
Source : Légifrance [En ligne]. Article 434-3 - Code pénal ; [Consulté le 7 octobre 2022].

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/

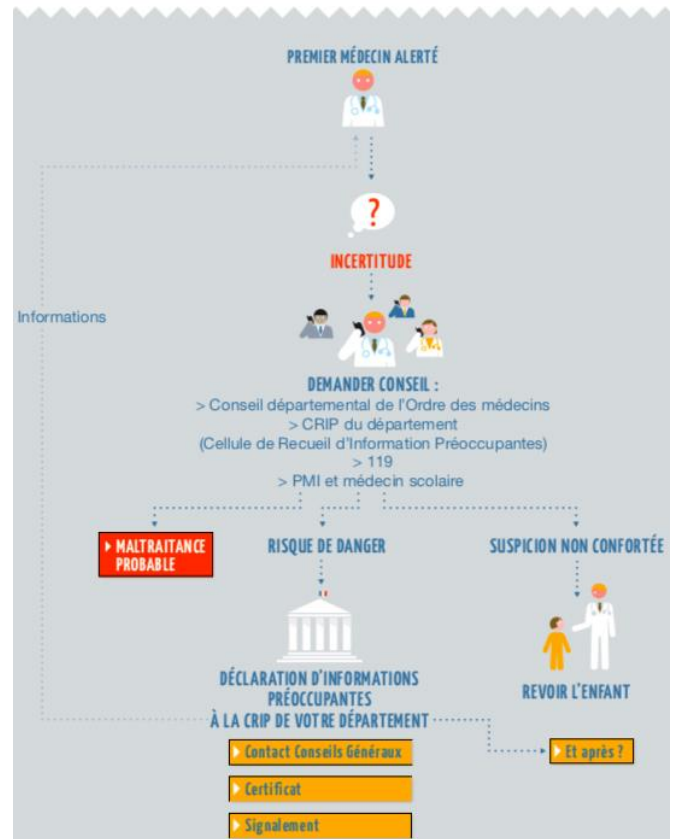
Annexe n°5 – Arbre décisionnel de l'HAS



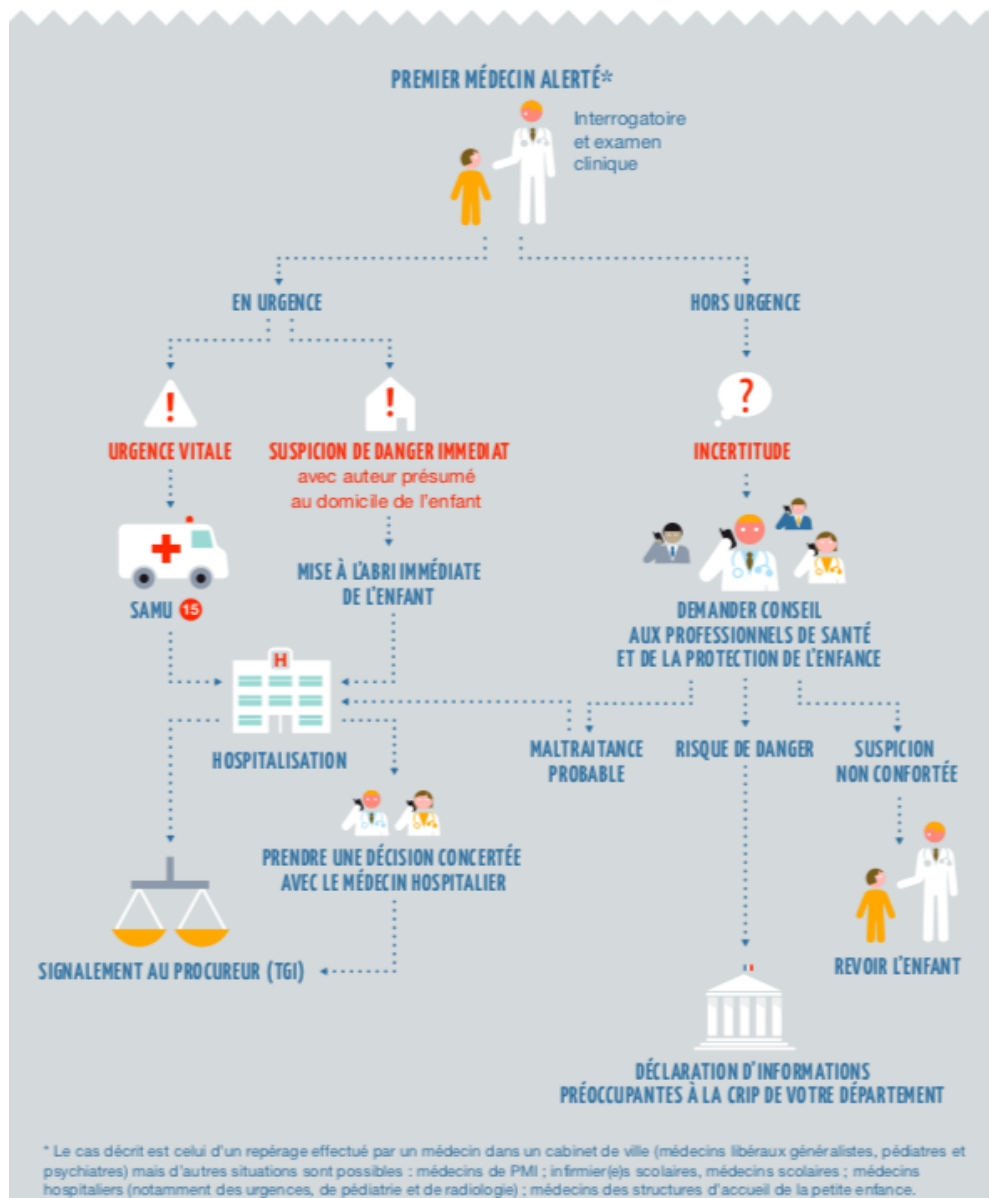
En cas de suspicion de danger immédiat



En cas d'incertitude



Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



Source : Haute Autorité de Santé [En ligne]. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ; [Consulté le 30 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

Annexe n°6 – Exemple de fiche de signalement de l’HAS

Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

Cachet du médecin

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

année : heure :

L'enfant :

nom : prénom :

date de naissance (en toutes lettres) :

sexe : nationalité :

adresse :

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

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

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

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.
Signalement adressé au procureur de la République

Fait à , le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Source : Haute Autorité de Santé [En ligne]. *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* ; [Consulté le 30 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

Annexe n°7 – Les 7 mesures déployées en 2021 concernant le plan de lutte contre les violences faites aux enfants

-« La structuration d'un parcours de soins adapté aux enfants victimes de violences dans chaque département en France ;

-La formation des professionnels au contact des enfants sur les maltraitances ;

-La création du site jeprotegemonenfant.gouv.fr pour lutter contre l'exposition des mineurs à la pornographie ;

-La création d'un tchat du numéro 119 allô enfance en danger en Danger pour libérer la parole, mieux repérer et signaler les enfants en situation de danger ;

-Le déploiement sur l'ensemble du territoire des unités d'accueil et d'écoute Pédiatriques (UAPED) ;

-La création d'une plateforme de contrôle systématique des antécédents judiciaires des personnes exerçant une activité au contact habituel d'enfants, ainsi que des bénévoles ;

-Le lancement du premier plan national de lutte contre la prostitution des mineurs, doté d'un budget de plus de 14 millions d'euros »

Source : *Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Répertoire du plan de lutte contre les violences faites aux enfants à destination des professionnels du périscolaire et de l'extrascolaire – Ministère de la Santé et de la Prévention ; [Consulté le 16 septembre 2022]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/ressources-documentaires/article/repertoire-du-plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-a>*

Annexe n°8 – Les 3 livrets et la boîte à outils de l’HAS

- **Le livret 1** « (destiné aux cadres des CRIP, des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, de la Direction enfance famille) : précise les conditions à mettre en place au niveau de la gouvernance afin d'optimiser le recueil et le traitement de l'information préoccupante (formalisation des rôles et formation des professionnels au sein du conseil départemental...) »
- **Le livret 2** « (destiné aux cadres, aux professionnels de terrain ou professionnels de CRIP chargés de réaliser les premières analyses et aux évaluateurs) : **définit le circuit de recueil et de traitement de l'information préoccupantes** (comment doit se faire sa première analyse ? comment doit se faire l'évaluation ? qui fait quoi ?) »
- **Le livret 3** « (guide d'accompagnement destiné aux professionnels chargés d'évaluer une situation préoccupante) : il leur **donne une méthodologie pour structurer la démarche d'évaluation** (thématiques à aborder, exemples de questions à poser, éléments de repère concernant la bonne santé d'un enfant/adolescent...) »
- Une **boîte à outils** : permet de compléter « les trois livrets avec divers éléments opérationnels : trame de rapport, conseils pour les entretiens, courriers d'information à destination des parents... »

Source : Haute Autorité de Santé [En ligne]. *Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence* ; [Consulté le 22 octobre 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-referance

Annexe n°9 – Définition de la masso-kinésithérapie selon le conseil National de l'ordre des MK

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article [L. 4321-21](#).

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiniques. »

Source : Légifrance [En ligne]. Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute (Articles R4321-1 à R4321-145) ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178631/2020-07-12

Annexe n°10 – Articles R4022-2 et R4022-3 du code de la Santé publique

Article R4022-2 / Création Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021- article 1 :

« I.-Au titre de la certification définie à l'article L. 4022-1, les professionnels de santé doivent établir, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme minimal d'actions visant à :

- 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;*
- 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;*
- 3° Améliorer la relation avec leurs patients ;*
- 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle.*

II.-Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

III.-Chaque professionnel de santé choisit, parmi les actions prévues au référentiel de certification périodique défini à l'article L. 4022-7 qui lui sont applicables, celles qu'il entend suivre ou réaliser au cours de la période mentionnée au I. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur selon des modalités définies par décret.

Pour les professionnels de santé relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense, ce choix s'effectue après accord de l'autorité militaire.

Nota : Conformément au premier alinéa de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2023. Se reporter au deuxième alinéa dudit article 3. »

Source : *Légifrance [En ligne]. Chapitre II : Certification périodique des professionnels de santé (Articles L4022-1 à L4022-11) ; [Consulté le 03 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000043823806/*

Article R4022-3 / Création Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021- article 1 :

« Sont soumis à une obligation de certification périodique les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue.

Nota Conformément à l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2023. »

Source : *Légifrance [En ligne]. Chapitre II : Certification périodique des professionnels de santé (Articles L4022-1 à L4022-11) ; [Consulté le 03 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000043823806/*

Annexe n°11– Les 11 compétences du décret de compétences des MK

Les onze compétences sont :

« **Compétence 1** : Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation

Compétence 3 : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

Compétence 4 : Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie

Compétence 5 : Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

Compétence 6 : Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie

Compétence 7 : Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle

Compétence 8 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

Compétence 9 : Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources

Compétence 10 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

Compétence 11 : Informer et former les professionnels et les personnes en formation »

Source : FNEK – Le site de la Fédération Nationale des Étudiant-e-s en Kinésithérapie [En ligne]. La formation en masso-kinésithérapie – FNEK ; [Consulté le 02 octobre 2022]. Disponible sur : <http://www.fnek.fr/les-etudes/la-formation-en-masso-kinesitherapie/>

Annexe n°12 – Sous-parties 9, 10 et 12 de la compétence numéro 3 des MK

- **Sous-partie 9** le MK « *dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d’entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes* ».

- **Sous-partie 10**, le MK « *Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique* ».

- **Sous-partie 12**, le MK « *Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d’habitude en prenant mieux en compte sa santé* ».

Source : *Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l’arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d’État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 109 du 10 mai 2017) ; [Consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e*

70

Annexe n°13 – Sous-parties 4 et 7 de la compétence numéro 6 des MK

- **Sous-partie 4**, le MK « *construire des méthodes et outils d'enquête adaptés aux problèmes posés en santé publique dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans différents contextes* ».
- **Sous-partie 7**, le MK « *Évaluer les besoins d'une personne et ses capacités à pouvoir effectuer certaines tâches ou activités personnelles, professionnelles ou sociales, avec aide ou sans aide humaine ou technique, à partir d'une analyse de dossiers et de bilans masso-kinésithérapiques* ».

Source : *Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 109 du 10 mai 2017) ; [Consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e)*

04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e
70

Annexe n°14 – Article R4321-61 du code de la santé publique

Article R4321-61 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.* »

Source : Légifrance [En ligne]. Article R4321-61 - Code de la santé publique ; [Consulté le 02 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730288

Annexe n°15 – Article 226-14 du code pénal issu de la loi du 5 mars 2007 autorisant la levée du secret professionnel

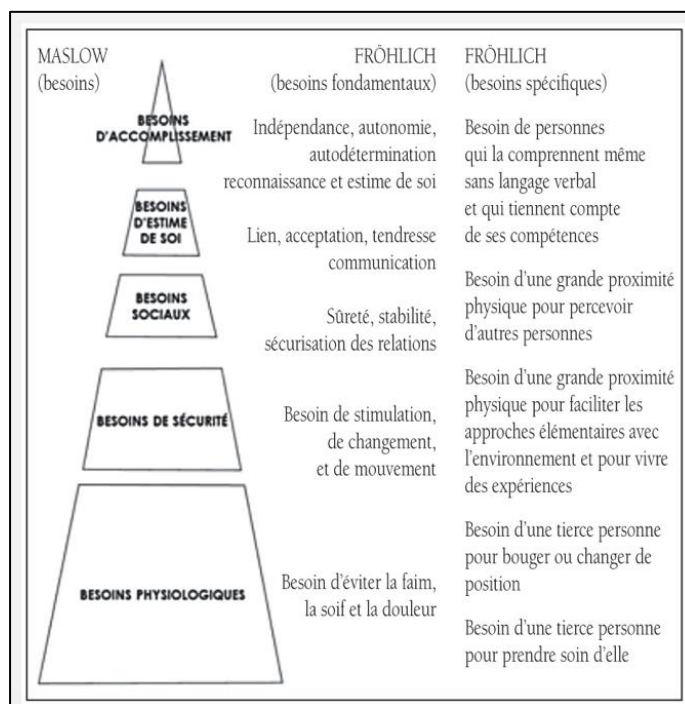
Article 226-14 de la loi du 5 Mars 2007 :

- « A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. »
- « Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être(...) les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. »

Source : Légifrance [En ligne]. Article 226-14 - Code pénal ; [Consulté le 23 octobre 2022].

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223/

Annexe n°16 – La pyramide de MASLOW



Source : Rofidal T, Pagano C. *Des besoins fondamentaux aux besoins spécifiques. Projet individuel et Stimulation basale®*, Toulouse: Érès; 2018, p. 103–18.

Annexe n°17 – Article 223-6 du code pénal

Pour tout citoyen - Article 223-6 du code pénal

"Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours".

Source : Légifrance [En ligne]. Article 223-6 - Code pénal ; [Consulté le 12 novembre 2022].
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588

Annexe n°18 – Article R 4321-60 du code de la santé publique

Pour les kinésithérapeutes - Article R. 4321-60 du code de la santé publique

"Le masseur-kinésithérapeute qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires".

Source : *Légifrance [En ligne]. Article R4321-60 - Code de la santé publique ; [Consulté le 12 novembre 2022]. Disponible sur :*

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730290

Annexe n°19 – Sous-parties 1 et 8 de la compétence numéro 1 des MK

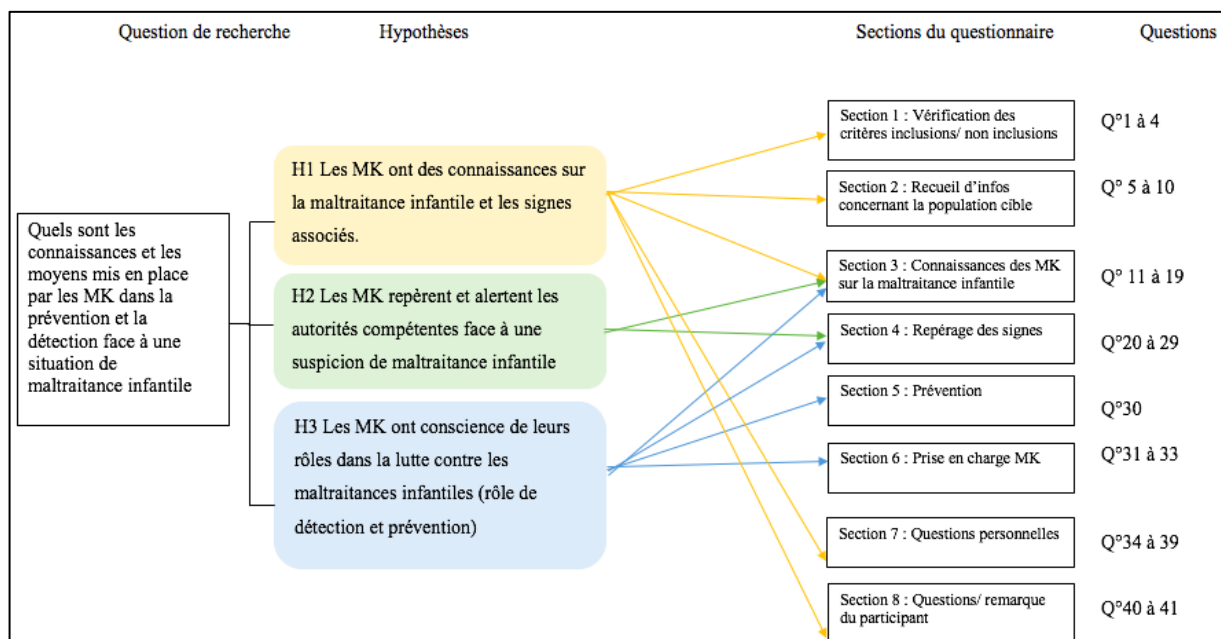
- **Sous-partie 1**, le MK « *apprécier dès la prise de contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble à partir des éléments et des moyens à disposition du masseur kinésithérapeute, ainsi que les risques inhérents à une prise en charge en masso-kinésithérapie* » et la sous partie 8 : « *explorer les structures et les fonctions : observer, palper, mesurer des paramètres biométriques, physiologiques en utilisant les tests et outils appropriés* »

Source : *Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 109 du 10 mai 2017) ; [Consulté le 10 octobre 2022]. Disponible sur :*
[https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e)

[04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e](https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0042.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b4937287ec74dc26559cb832b8a7d94665512ed512629bbf734fd3b6ffe9de3e082106c024143000f90591b449e4efb13af5e9920db17005814d70a547630e8adb3336ad327de79ac7f9463eb94b4b7c95e29e8c196c7e)

70

Annexe n°20 – Carte mentale du questionnaire



Annexe n°21 – Questionnaire diffusé aux MK libéraux

Rubrique 1 sur 34

Les MK face à la maltraitance infantile

La maltraitance infantile, un sujet tabou et pourtant si important !

Bonjour,

Je m'appelle Pauline BELAIR, je suis actuellement étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFRES-IFMK d'Alençon (Normandie).

Dans le cadre de cette dernière année d'étude, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur **la place du masseur-kinésithérapeute face aux maltraitements infantiles**.

Pour ce faire, je réalise une enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes (MK) **libéraux** exerçant en France et **prenant ou NON en charge des enfants**.

L'objectif de cette enquête est de faire un état des lieux des connaissances et moyens mis en place par les MK face à une situation de maltraitance infantile.

Ce questionnaire dure entre **10 et 15 minutes**. Il respecte le règlement général sur la protection des données (RGPD). Les réponses sont anonymes.

Voici le lien de mon questionnaire, n'hésitez pas à le partager :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck4eIrlmV3uqiksqz3Ubvu7qxElbEut7WfcDRyplohs0GjA/viewform?usp=sf_link

Je vous remercie par avance pour vos réponses et pour le temps que vous consacrerez à cette enquête.

Pour plus d'informations, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : paulinebelair2530@gmail.com

BELAIR Pauline, étudiante en 4ème année à l'IFRES-IFMK d'Alençon (Normandie)

Formulaire d'information et de non-opposition :

Madame, Monsieur

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « place des masseurs-kinésithérapeutes libéraux face aux maltraitements infantiles », coordonnée par **BELAIR Pauline**, étudiant(e) en 4ème année à l'institut de formation en masso-kinésithérapie IFRES - IFMK d'Alençon

L'institut de formation en recherche et santé de Normandie est responsable du traitement de données. Pour toutes questions relatives à ce traitement vous pouvez contacter le délégué à la protection des données

Cette étude, qui permettra d'améliorer les connaissances dans le domaine de la kinésithérapie, est réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche pour l'obtention d'un diplôme d'état.

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

Informations Générales

L'objectif de l'étude à laquelle nous vous proposons de participer, est de déterminer les connaissances et moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État libéraux face à une situation de maltraitance infantile.

Déroulement

Vous êtes masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat. On vous propose de participer à un questionnaire, composé d'une quarantaine de questions d'une durée estimée de 10 à 15 minutes.

Participation

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité. Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

Aspects légaux

Toutes les données seront anonymisées : chaque participant sera identifié par un numéro de code et la première lettre de son nom et prénom.

Vos données seront stockées à l'Institut de formation, sur un espace sécurisé avec accès restreint aux équipes pédagogiques, jusqu'à la publication des résultats (soutenance du mémoire puis, éventuellement, publication d'un article) puis elles seront alors détruites.

Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement et à l'oubli de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous disposez d'un droit de réclamation auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex 07 (01.53.73.22.22).

Nom de l'étudiant : BELAIR Pauline, paulinebelair2530@gmail.com

Nom de l'institut de formation : IFMK Alençon

Nom du directeur de l'institut de formation : Mme VAAST Céline

Nom du Responsable pédagogique (mémoire) : Mme GUYET Delphine

Q1 : J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans ce ^{*} document.

- Oui
- Non

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 34

Section 1 : Vérification des critères d'inclusions et de non inclusions

Cette première section me permet de vérifier les critères d'inclusions et de non inclusions établis préalablement

Q2 : Êtes vous masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat (MKDE) ou équivalent ou autorisation ^{*} d'exercer ?

- Oui
- Non

Q3 : Exercez-vous votre profession en France ? *

- Oui
- Non

Q4 : Pratiquez-vous un mode d'exercice libéral ? *

- Oui
- Non

Après la section 2 Accéder à la page 3 (Section 2 : Recuei... population cible) ▾

Rubrique 3 sur 34

Section 2 : Recueil d'informations caractérisant la population cible



Description (facultative)

Partie 1 : concernant votre/ vos formation(s)

Description (facultative)

Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? *

- Oui
- Non

Après la section 3 Accéder à la page 5 (Formations complémentaires) ▾

Comment avez-vous été sensibilisé à ce sujet



Description (facultative)

Q5a : Comment avez-vous eu cette sensibilisation sur la maltraitance infantile ? *

- Cours durant votre formation initiale en institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK)
- Formation continue, diplôme universitaire
- MOOC
- Associations
- Conseil de l'ordre des MK
- HAS
- Réseaux sociaux
- URPS (union régionale des professionnels de santé), syndicats
- Autre...

Q5b : Durant cette sensibilisation, quelle(s) notion(s) ci-dessous a/ ont été abordée(s) ? *

- Définition de la maltraitance infantile
- Signes observables en cas de maltraitance
- Qui alerter/ démarche à suivre
- Les conséquences de la maltraitance infantile
- La psychologie des enfants
- La psychologie des parents
- Facteurs de risque de maltraitance
- Rôle du MK
- Autre...



Rubrique 5 sur 34

Formations complémentaires



Description (facultative)

Q6 : Avez-vous eu des formations complémentaires (formation continue, MOOC, DU...) concernant la **pédiatrie** ? *

Oui

Non

Après la section 5 Accéder à la page 6 (Enseignement obligatoire) ▾

Rubrique 6 sur 34

Enseignement obligatoire



Description (facultative)

Q7 : Pour vous, un enseignement sur le sujet de la maltraitance infantile devrait-il être **obligatoire** en IFMK ? *

Oui

Non

Après la section 6 Accéder à la page 8 (Partie 2 : concern... prises en charge) ▾

Rubrique 7 sur 34

Vous pensez qu'un enseignement sur la maltraitance infantile ne devrait pas être obligatoire en IFMK



Description (facultative)

Q7a : Vous pensez qu'un enseignement sur la maltraitance infantile ne devrait pas être obligatoire en IFMK, pourquoi ? (en quelques mots) *

Réponse longue

Après la section 7 Passer à la section suivante ▾

Rubrique 8 sur 34

Partie 2 : concernant vos prises en charge



Description (facultative)

Q8 : Durant votre exercice libéral, avez-vous déjà pris au moins une fois ou prenez-vous actuellement en charge des enfants ? *

- Oui
- Non

Après la section 8 Accéder à la page 10 (Présence des parents en séance) ▾

Rubrique 9 sur 34

Concernant votre prise en charge d'enfant



Description (facultative)

Q9 En moyenne combien d'enfant prenez vous en charge par mois ? *

- 1-3 enfants/ mois
- 4-9 enfants/ mois
- 10-20 enfants/ mois
- 20-30 enfants/ mois
- > 30 enfants/ mois

Après la section 9 Passer à la section suivante ▾

Rubrique 10 sur 34

Présence des parents en séance



Description (facultative)

Q10 : Pour vous la présence des parents durant les séances de rééducation est-elle indispensable ? *

- Oui
- Non
- Autre...

Après la section 10 Accéder à la page 11 (Section 3 : Questi...aitante infantile) ▾

Rubrique 11 sur 34

Section 3 : Questions portant sur les connaissances des MK concernant la suspicion d'une maltraitance infantile

Description (facultative)

Q11 : Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous vos connaissances actuelles sur la maltraitance infantile ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucune connaissance maîtrise complètement le sujet

Q12 : Comment définiriez-vous la maltraitance infantile en quelques mots ? *

Réponse longue

Q13 : Pouvez-vous lister les différentes formes de maltraitance infantile possible selon vous ? *

Réponse longue

Après la section 11 Accéder à la page 13 (La prévention des ...tances infantiles) ▾

Rubrique 12 sur 34

Pour vous, le MK n'a pas de rôle à jouer dans la détection d'une maltraitance infantile

Description (facultative)

Q14a : Vous pensez que le MK n'a pas de rôle à jouer dans la détection d'une maltraitance infantile, pourquoi ? (en quelques mots) *

Réponse longue

Après la section 12 Accéder à la page 13 (La prévention des ...tances infantiles) ▾

Rubrique 13 sur 34

La prévention des maltraitances infantiles



Description (facultative)

Q15 : Pour vous, le MK a-t-il un rôle à jouer dans la **prévention** des maltraitances infantiles ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Après la section 13 Accéder à la page 15 (La prise en charge... enfant maltraité) ▾

Rubrique 14 sur 34

Pour vous, le MK n'a pas de rôle à jouer dans la prévention d'une maltraitance infantile



Description (facultative)

Q15a : Vous pensez que le MK n'a pas de rôle à jouer dans la prévention d'une maltraitance infantile, pourquoi ? (en quelques mots) *

Réponse longue

Après la section 14 Passer à la section suivante ▾

Rubrique 15 sur 34

La prise en charge d'un enfant maltraité



Description (facultative)

Q16 : Pour vous, le MK a-t-il un rôle à jouer dans la **prise en charge** masso-kinésithérapique d'un enfant maltraité ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Après la section 15 Accéder à la page 17 (La maltraitance infantile) ▾

Rubrique 16 sur 34

Pour vous, le MK n'a pas de rôle à jouer dans la prise en charge kinésithérapie d'un enfant maltraité

Description (facultative)

Q16a : Vous pensez que le MK n'a pas de rôle à jouer dans la prise en charge kinésithérapique d'un enfant maltraité, pourquoi ? (en quelques mots) *

Réponse longue

Après la section 16 Passer à la section suivante

Rubrique 17 sur 34

La maltraitance infantile

Description (facultative)

Q17 : Selon vous, la maltraitance infantile en France en 2018 est un phénomène : *

- Très fréquent (> 50 000 cas recensés/ an)
- Fréquent (entre 20 000 - 40 000 cas recensés/ an)
- Occasionnel (10 000 - 20 000 cas recensés/ an)
- Rare (5000- 10 000 cas recensés/ an)
- Très rare (< 5 000 recensés/ an)

Q18 : L' observatoire national de l'action sociale (ODAS) a établi 3 catégories : *

- « l'enfant maltraité »
- « l'enfant en risque de maltraitance »
- et « l'enfant en danger ».

Aviez-vous connaissance de ces 3 catégories avant aujourd'hui ?

- Oui
- Non

Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? *

| | Oui maltraitance | Non | Je ne sais pas |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Coup de poing | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Changer la couche de s... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Brûlure avec l'eau du bain | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Négligence vestimentaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insultes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fessée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Après la section 17 Passer à la section suivante

Rubrique 18 sur 34

Section 4 : Questions portant sur le rôle du MK dans la détection en cas de suspicion de maltraitance infantile

Description (facultative)

Partie 1 HAS et expérience professionnelle

Description (facultative)

Q20 : Il existe des recommandations de l'HAS parues en janvier 2021 concernant l'évaluation globale d'un enfant en danger ? *

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

Q21 : Avez-vous déjà été confronté dans l'exercice de votre profession à une suspicion de maltraitance infantile ? *

- Oui
- Non

Après la section 18 Accéder à la page 20 (Facteurs de risque)

Vous avez déjà été confronté à une suspicion de maltraitance infantile dans votre profession :



Description (facultative)

Q21a : Quel était le ou les type(s) de maltraitance(s) ? *

- Maltraitance physique
- Maltraitance psychologique
- Violences sexuelles
- Violences matérielles ou financières
- Violences médicales
- Négligences
- Privations de droits
- Autre...

Q21b : A la suite de cette suspicion, quelles démarches avez-vous faites ? *

- Pas de démarches réalisées car je ne savais pas vers qui me tourner
- J'ai averti le médecin
- J'ai averti les services de protection de l'enfance
- J'ai averti l'un des numéros d'urgence (15, 16, 17)
- Ne souhaite pas répondre
- Autre...

Q22 : Sélectionner les **principales conséquences** de maltraitance infantile que **vous** avez observés chez vos patients : *

- Des troubles neuro-développementaux
- Des conséquences physique (fracture, hématome)
- Des troubles sociaux/ affectifs
- Des difficultés scolaires
- Des troubles du comportement alimentaire
- Des comportement auto-agressif (tentatives de suicides, automutilation)
- Des pathologies chronique (diabète de type 2, obésité)
- Des cancers
- Maltraitance sur ses futurs enfants (transmission transgénérationnelle)

Après la section 19 Passer à la section suivante

Rubrique 20 sur 34

Facteurs de risque

Description (facultative)

Q23 : Parmi ces différents facteurs de risque pouvant être responsable de la maltraitance, pouvez-vous cocher au maximum **5 facteurs** dont vous prêtez le plus d'attention lors d'une suspicion de maltraitance : *

- Enfant âgé de moins de 4 ans
- Sexe de l'enfant
- Enfant porteur d'un handicap
- Jeune âge de la mère
- Antécédent de maltraitance des parents durant leur enfance
- Grossesse non désirée
- Taux de chômage
- Milieu socio-économique
- Norme sociale et culturelle
- Pleurs de l'enfant

Après la section 20 Passer à la section suivante

Rubrique 21 sur 34

Cas clinique



Q24 : Dans cette partie du questionnaire je vous propose 3 situations cliniques fictives entre un MK et un enfant. Face à ces 3 situations cliniques, quelle est votre décision en tant que MK ?

Je vous rappelle qu'aucun jugement ne sera émis de vos réponses, celles-ci me permettent uniquement d'analyser à posteriori la démarche clinique du MK sur le terrain.

Situation 1 : Maël, 12 ans, pratique le rugby 2 fois par semaine (1 entraînement, 1 match). Il vient en parallèle au cabinet pour des séances de kiné respiratoire à la suite d'asthme. Quelques jours après son dernier match, ce jeune patient vient seul au cabinet pour une séance. Maël vient au cabinet depuis l'âge de ses 6 ans et vient seul en séance depuis 1 an, car le cabinet se trouve à côté de son collège. Le MK observe de nombreux bleus sur la peau de l'enfant mais ce n'est pas la première fois que cela arrive. Dans cette situation, que feriez-vous en tant que MK ? *

- Il pourrait s'agir d'une maltraitance, j'alerte l'une des autorités compétentes : médecin traitant et ou les a...
- Il pourrait s'agir d'une maltraitance urgente, j'alerte le SAMU
- Il pourrait s'agir d'une maltraitance, mais je ne peux pas alerter car je n'ai pas le consentement des paren...
- Je ne fais rien de particulier, c'est normal d'avoir des bleus avec ce sport d'autant plus que ce n'est pas la...
- J'attends les prochaines séances afin de voir l'évolution de l'enfant
- Ce n'est pas un cas de maltraitance
- Je ne sais pas
- Autre...

Situation 2 : Léa, 2 mois, suivi en MK pour plagiocéphalie. Les parents de Léa se plaignent au MK que leur fille pleure beaucoup en ce moment. Les nuits sont agitées et les parents sont fatigués. En séance ce jour, le nourrisson semble somnolent avec une perte de sourire qui est inhabituelle pour cette petite. *

Dans cette situation, que feriez-vous en tant que MK ?

- Il pourrait s'agir d'une maltraitance, j'alerte l'une des autorités compétentes : médecin traitant et ou les a...
- Il pourrait s'agir d'une maltraitance urgente, j'alerte le SAMU
- Il pourrait s'agir d'une maltraitance, mais je ne peux pas alerter tant que je n'ai pas le consentement des ...
- J'attends les prochaines séances afin de voir l'évolution de l'enfant
- Ce n'est pas un cas de maltraitance
- Je ne sais pas
- Autre...

Situation 3 : Vous recevez un enfant de 14 mois pour une consultation suite à une bronchiolite. En arrivant dans la salle d'attente, vous voyez la maman secouer son fils pour qu'il arrête de pleurer. *

A quel point est-il acceptable de faire un signalement à la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ?

- Totalement inacceptable
- Difficilement acceptable
- Plutôt acceptable
- Totalement acceptable
- Je ne sais pas

Après la section 21 Passer à la section suivante

Rubrique 22 sur 34

Partie 3 : Alerter

Description (facultative)

Q25 : Si demain vous êtes confrontés à une suspicion de maltraitance infantile, sur combien noteriez-vous, votre niveau de facilité à détecter des signes de maltraitance infantile ainsi que la démarche à suivre concernant le signalement ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout à l'aise parfaitement à l'aise

Q26 : Selon vous, quel est le **premier** signe indispensable afin de prendre la décision d'alerter ? * (1-2 mot(s))

Réponse longue

Q27 : Vous êtes protégé par la loi lorsque que vous alertez pour une suspicion de maltraitance infantile même si celle-ci s'avère par la suite comme n'étant pas de la maltraitance ? *

- Vrai
- Faux
- Je ne sais pas

Q28 : Parmi ces propositions, quelles sont les **3 contacts** que vous privilégieriez contacter face à une suspicion de maltraitance ? *

- Plateforme 119
- Membre de la famille de l'enfant
- Aide sociale à l'enfance (ASE)
- Procureur de la république
- La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)
- Médecin traitant

Q29 : Selon vous, existe t-il des facteurs qui peuvent freiner **votre** décision d'alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile par le MK ? *

- Oui
- Non

Après la section 22 Accéder à la page 24 (Section 5 : Questi...tances infantiles) ▾

Rubrique 23 sur 34

Il existe des facteurs qui peuvent freiner votre décision d'alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile ✕ ⋮

Description (facultative)

Q29a : Pour vous, quels sont les facteurs qui peuvent freiner **votre** décision d'alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile par le MK ? *

- Je crains des représailles
- J'ai peur de me tromper/ de signaler à tort
- Je m'inquiète des suites judiciaires pour l'enfant
- Je m'inquiète des suites judiciaires pour les parents
- Autre...

Après la section 23 Passer à la section suivante ▾

Rubrique 24 sur 34

Section 5 : Questions sur le rôle du MK dans la prévention des maltraitances infantiles

Description (facultative)

Q30 : Mettez-vous en place des actions de prévention concernant les maltraitances infantiles *
auprès des parents ou de l'entourage de l'enfant ? (Exemple : affiches dans votre salle
d'attente)

- Oui
- Non

Après la section 24 Accéder à la page 26 (Section 6 : Questi...nfants maltraités)

Rubrique 25 sur 34

Exemple d'action

Description (facultative)

Q30a : Pouvez-vous donner un ou plusieurs exemple(s) d'action(s) que vous mettez en place *
(en quelques mots) :

Réponse longue

Après la section 25 Passer à la section suivante

Rubrique 26 sur 34

Section 6 : Questions sur la prise en charge masso-kinésithérapique des enfants
maltraités

Description (facultative)

Q31 : Pensez-vous avoir une certaine retenue/ être freiné si vous deviez prendre en soin un *
enfant qui a été victime de maltraitance ?

- Oui
- Non

Après la section 26 Accéder à la page 28 (Adaptation du MK)

Rubrique 27 sur 34

Vous pensez avoir une certaine retenue/ être freiné pour prendre en soin un enfant qui a
été maltraité

Description (facultative)

Q31a : Pourquoi, pensez-vous être freiné par cette prise en soin ? *

- Peur/ appréhension face à cette situation
- Prise en charge difficile et complexe
- Manque de connaissances
- Autre...

Après la section 27 Passer à la section suivante

Rubrique 28 sur 34

Adaptation du MK



Description (facultative)

Q32 : Selon vous, quelles sont les **2 principales** adaptations que le MK adopte lors de la prise en charge d'un enfant maltraité ? *

- Adapter son regard
- Adapter sa posture/ ses mouvements
- Adapter son toucher
- Adapter sa parole/ ses mots
- Être empathique, patient et à l'écoute

Q33 : En cas de maltraitance infantile avérée chez l'un de vos petits patients, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de santé ? *

- Oui
- Non

Après la section 28 Accéder à la page 30 (Section 7 : Questions personnelles)

Rubrique 29 sur 34

Quel(s) professionnel(s) de santé



Description (facultative)

Q33a : Avec quel(s) professionnel(s) de santé travaillez-vous ? *

- Médecin/ pédiatre
- Psychologue
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Assistante sociale
- Autre...

Après la section 29 Passer à la section suivante



Rubrique 30 sur 34

Section 7 : Questions personnelles



Description (facultative)

Q34 : Votre genre : *

- Homme
- Femme
- Autre

Q35 : Quel est votre âge ? *

Q36 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de masseur-kinésithérapeute ? *

Q37 : De quel IFMK êtes-vous diplômé ?

1. Alençon I.F.M.K.
2. Amiens I.F.M.K. - CHU d'Amiens
3. Begles I.F.M.K. de la Croix Rouge Française
4. Berck-sur-Mer I.F.M.K.
5. Besançon I.F.M.K. du CHU de Besançon
6. Bordeaux I.F.M.K. IMS Pellegrin
7. Brest I.F.M.K.
8. Dax I.F.M.K. du CHU de Dax
9. Dijon I.F.M.K.
10. Fort de France I.F.M.K. Annick LABONNE
11. Grenoble École de Kinesithérapeute du CHU de Grenoble
12. La Musse I.F.M.K.
13. Les Mureaux I.F.M.K.
14. Laval I.F.M.K. du CHU de Laval
15. Lille IFMKNF
16. Lille I.K.P.O.
17. Limoges I.F.M.K. de l'APSAH
18. Limoges I.F.M.K. de Limoges ILFOMER Limoges
19. Limoges I.R.F.S.S. Limousin IFMK de la Croix Rouge Française
20. Loss I.F.M.K. du Nord de la France
21. Lyon I.F.M.K. pour les Déficiants de la vue
22. Lyon I.F.M.K. Université Claude Bernard
23. Marseille I.F.M.K.
24. Melan les mureaux IFMK
25. Montbéliard IFMK
26. Montpellier I.F.M.K.
27. Mulhouse IFMK
28. Nancy I.F.M.K.
29. Nantes I.F.M.K. - IFM3R
30. Nice I.F.M.K.
31. Orléans École universitaire de kinésithérapie Centre Val de Loire

32. Paris Assas de Paris
33. Paris École de Kinesithérapeute de Paris – A.D.E.R.F.
34. Paris E.F.O.M.
35. Paris I.F.M.K. Association Valentin Haüy
36. Paris I.F.M.K. Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (AP-HP)
37. Paris I.F.M.K. Saint – Michel
38. Poitiers I.F.M.K. du C.H.U. de Poitiers
39. Reims I.F.M.K. – CHU Reims
40. Rennes I.F.P.E.K

41. Rodez I.F.M.K. Centre Hospitalier Jacques Puel
42. Rouen I.F.M.K. CHU de Rouen
43. Saint-Denis I.F.M.K. du CEERRF
44. Saint Étienne I.F.M.K. Externat Saint Michel
45. Saint Maurice E.N.K.R.E. – École Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation
46. Saint Ouen sur Seine École Danhier de Masso kinésithérapie
47. Saint Pierre (Ile de la Réunion) I.F.M.K. de la Réunion
48. Saint Quentin en Yvelines école d'Assas
49. Strasbourg I.F.M.K. du CHU de Strasbourg
50. Toulouse I.F.M.K.
51. Vichy I.F.M.K.
52. Villejuif I.F.M.K. du Centre Général d'Orientation et de Rééducation Centre Paul et Liliane Guinot
53. Autres

Q38 : Seriez-vous intéressé par un support d'information supplémentaire sur ce sujet ? *

- Non, j'estime maîtriser suffisamment le sujet
- Non, cela ne m'intéresse pas
- Oui, un support concernant la maltraitance infantile et les signes associés (physique, psychologie...)
- Oui, un support sur la procédure à suivre pour signaler en cas de suspicion de maltraitance
- Oui, un support sur les droits et devoirs du MK en cas de suspicion de maltraitance infantile
- Autre...

Q39 : Quel(s) type(s) de support vous conviendrez le mieux ? *

- Cela ne m'intéresse pas
- Conseils personnalisés pour chaque situation
- Fiche récapitulative téléchargeable
- Formation complémentaire (DU, formation interprofessionnelle)
- MOOC
- Plateforme téléphonique dédiée aux professionnels de santé
- Podcast
- Publications sur les réseaux sociaux, conseil de l'ordre
- Vidéo informative
- Autre...

Après la section 30 Passer à la section suivante

Rubrique 31 sur 34

Section 8 : Commentaires

Description (facultative)

Q40 : Souhaitez-vous me faire part d'une information, remarque et ou questionnement concernant ce questionnaire/ travail ?

Réponse longue

Après la section 31 Passer à la section suivante

Rubrique 32 sur 34

Recevoir le travail finalisé

Description (facultative)

Q41 : Souhaitez-vous recevoir ce travail et les résultats finaux : *

Oui

Non

Après la section 32 Accéder à la page 34 (Section 9 : Fin du...re - Remerciement) ▾

Rubrique 33 sur 34

Vous souhaitez recevoir ce travail finalisé

Description (facultative)

Veillez indiquer votre adresse mail afin de recevoir ce travail

Réponse longue

Après la section 33 Passer à la section suivante ▾

Rubrique 34 sur 34

Section 9 : Fin du questionnaire - Remerciement

Je vous remercie sincèrement du temps que vous avez consacré à ce questionnaire ainsi que de votre contribution à l'avancée de mon travail d'initiation à la recherche.

N'hésitez pas à partager ce questionnaire à tous nos confrères MKDE libéraux

Lien du questionnaire :

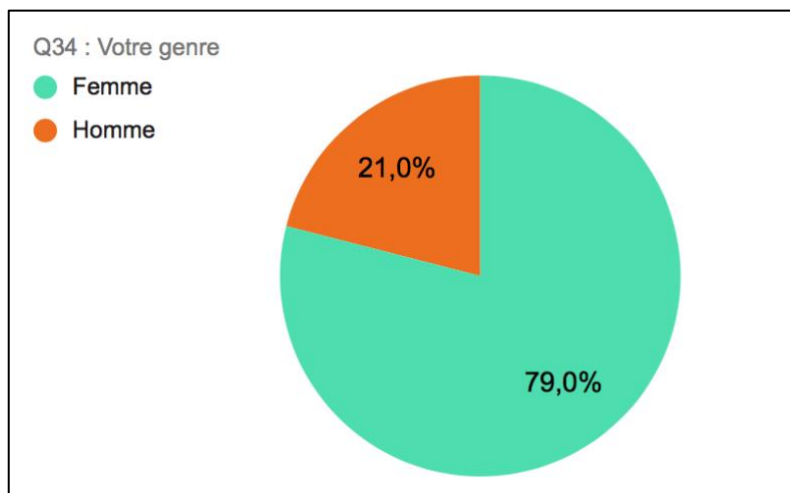
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck4elrimV3uqjksqz3UbvU7qxElbEUt7WfcDRyvpl0hs0GjA/viewform?usp=sf_link

N'oubliez pas de cliquer sur "envoyer".

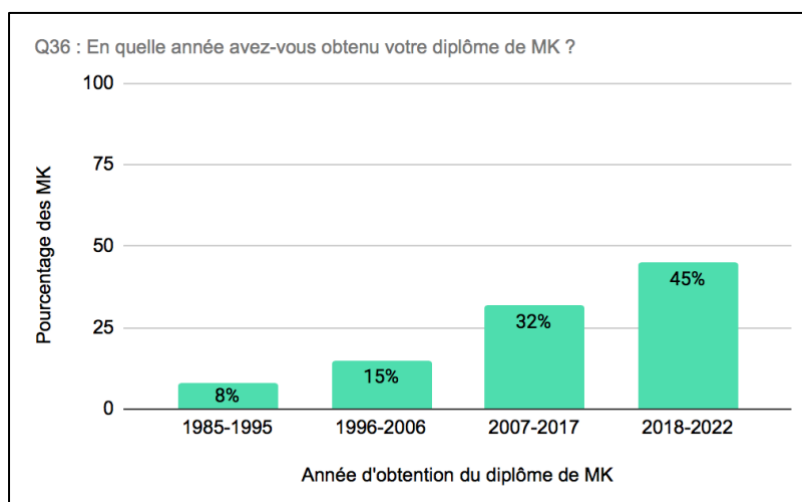
Pour plus d'informations, questions, remarques, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : paulinebelair2530@gmail.com

BELAIR Pauline, étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFRES - IFMK d'ALENÇON Normandie (61)

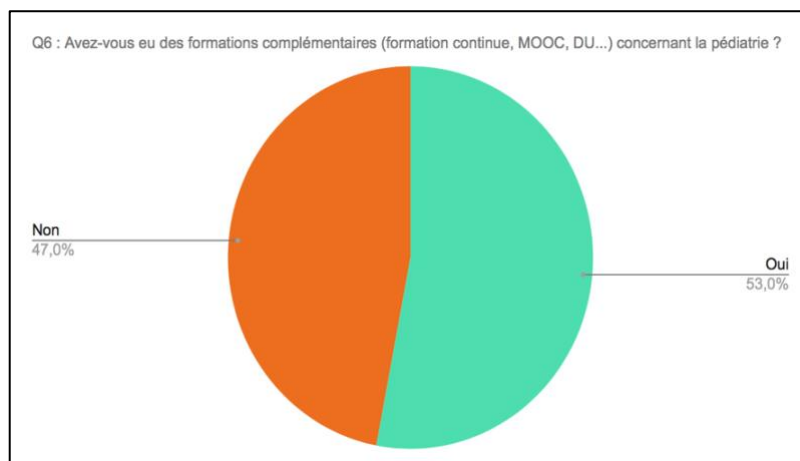
Annexe n°22 – Graphique représentant la proportion homme/ femme des MK de notre étude



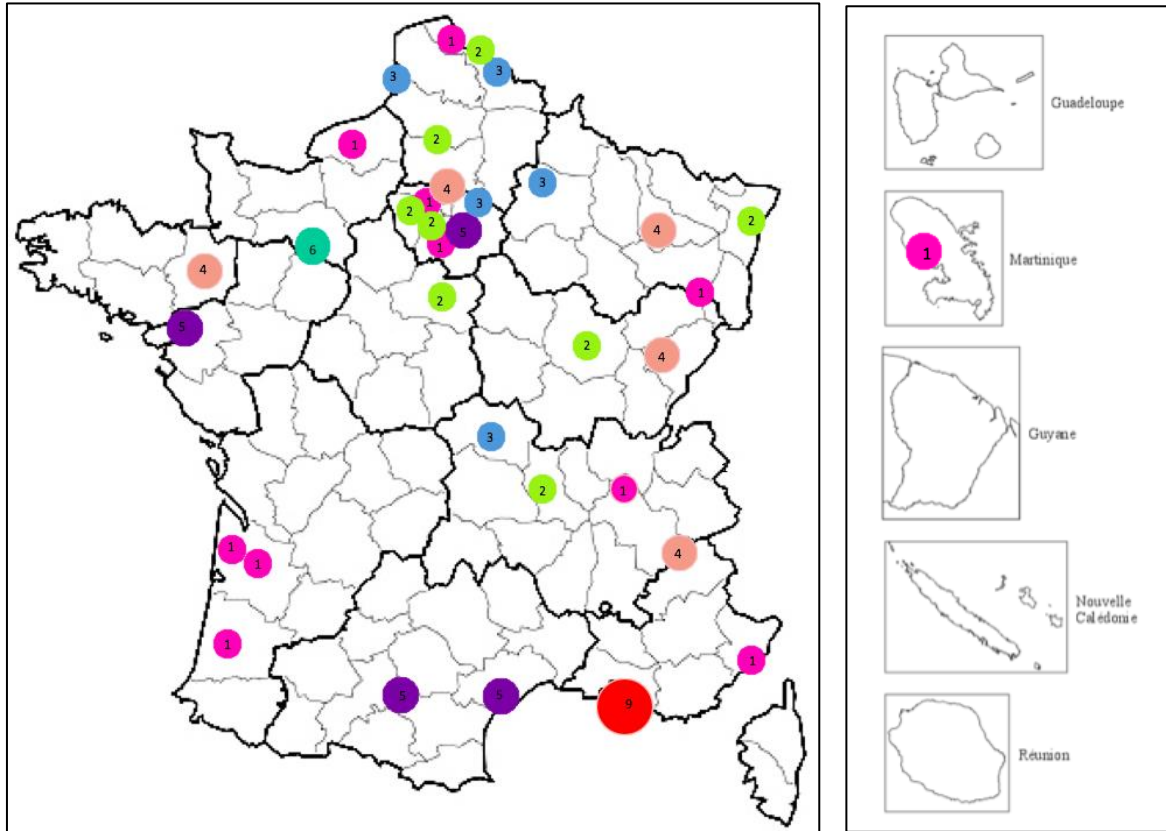
Annexe n°23 – Graphique représentant l'année d'obtention du diplôme des MK de notre étude



Annexe n°24 – Graphique représentant la proportion des MK ayant une formation en pédiatrie



Annexe n°25 – Graphique représentant la répartition des MK selon leurs IFMK



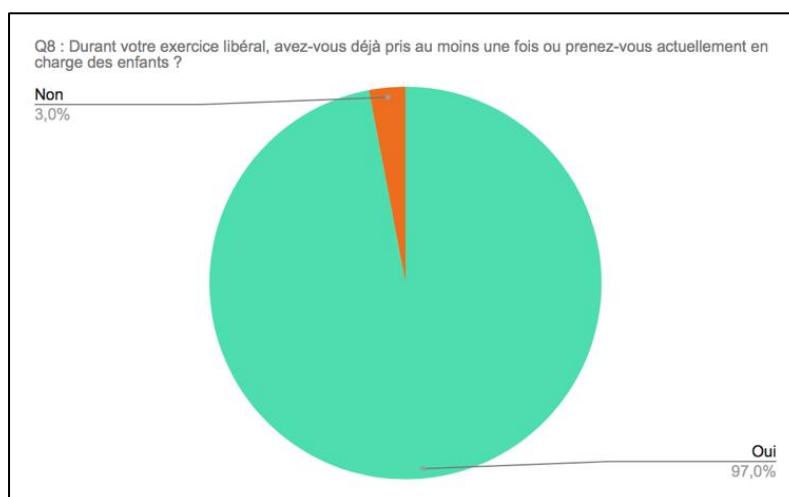
| | | |
|---|---|--|
| -Autres écoles : 18 MK | -Berck sur mer IFMK : 3 MK | -Begles IFMK de la croix Rouge Française : 1 MK |
| -Marseille IFMK : 9 MK | -Loss IMFK du nord de la France : 3 MK | -Bordeaux IFMK IMS |
| -Alençon IFMK : 6 MK | -Paris école de kinésithérapeute de Paris ADERF : 3 MK | -Pellegrin : 1 MK |
| -Montpellier IFMK : 5 MK | -Reims IFMK : 3 MK | -Dax IFMK du CHU de Dax : 1 MK |
| -Nantes IFMK- IFM3R : 5 MK | -Vichy IFMK : 3 MK | -Fort de France IFMK Annick Labonne : 1 MK |
| -Saint maurice E.N.K.R.E. / École Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation : 5 MK | -Amiens IFMK CHU d'Amiens : 2 MK | -Lille IFMKNF : 1 MK |
| -Toulouse IFMK : 5 MK | -Dijon IFMK : 2 MK | -Lyon IFMK Université Claude Bernard : 1 MK |
| -Besançon IFMK du CHU de Besançon 4 MK | -Lille I.K.P.O : 2 MK | -Montbéliard IFMK : 1 MK |

| | | |
|---|--|--|
| -Grenoble école de kinésithérapeute du CHU de grenoble : 4 MK | -Orléans école universitaire de kinésithérapie Centre val de Loire : 2 MK | -Nice IFMK : 1 MK |
| -Nancy IFMK : 4 MK | -Paris Assas de Paris : 2 MK | -Paris IFMK Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (AP-HP) : 1 MK |
| -Rennes I.F.P.E.K : 4 MK | -Paris EFOM : 2 MK | -Paris IFMK Saint Michel : 1 MK |
| -Saint Ouen sur Seine École Danhier de Masso kinésithérapie : 4 MK | -Saint Etienne IFMK Externat Saint Michel : 2 MK | -Rouen IFMK du CHU de Rouen : 1 MK |
| | -Strasbourg IFMK du CHU de Strasbourg : 2 MK | |

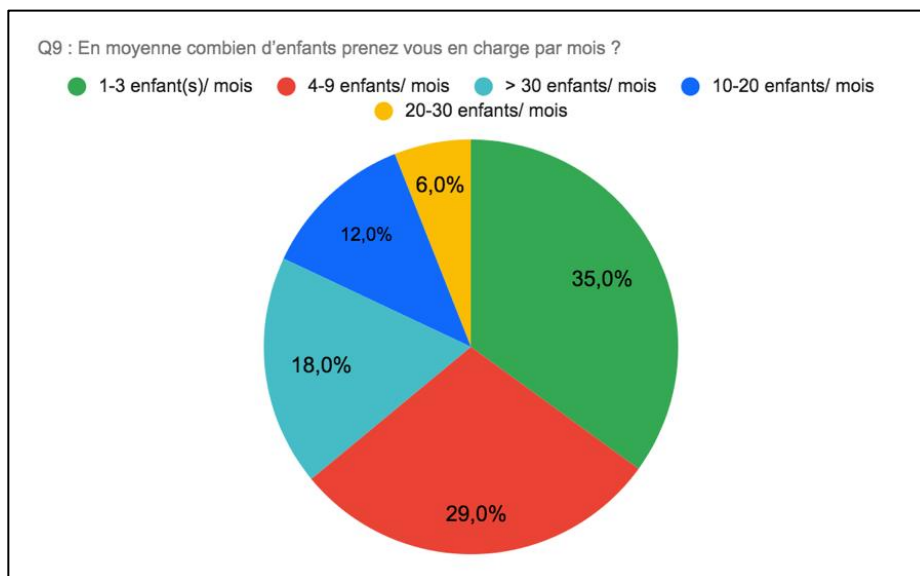
Sources : Villes.fr [En ligne]. Carte de france vierge PDF. départements + régions. ; [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible : <https://www.villes.fr/carte-france-vierge/>.

Accueil - Carte-monde.org [En ligne]. [Consulté le 10 avril 2023]. Disponible : <https://carte-monde.org/wp-content/uploads/2016/09/france22.gif>

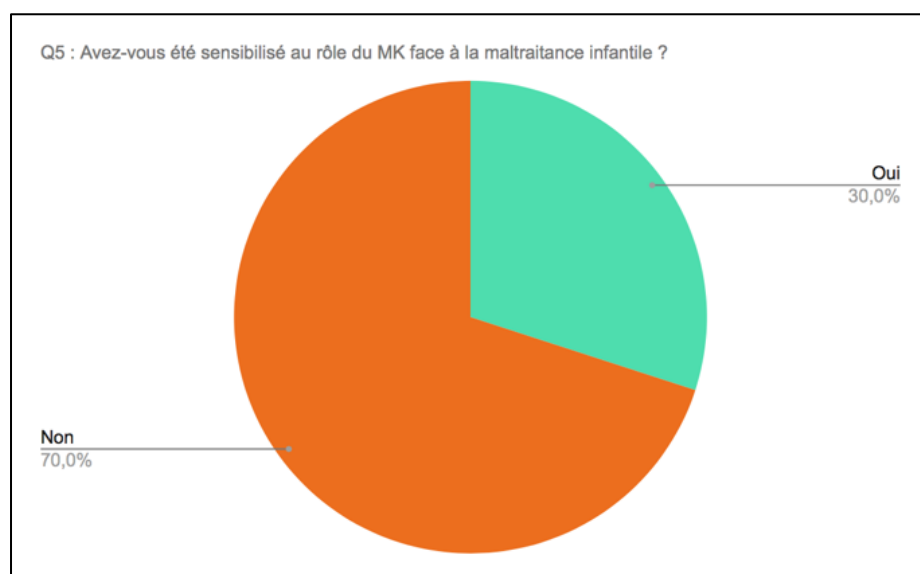
Annexe n°26 – Graphique représentant la répartition des MK ayant déjà pris au moins une fois en charge des enfants



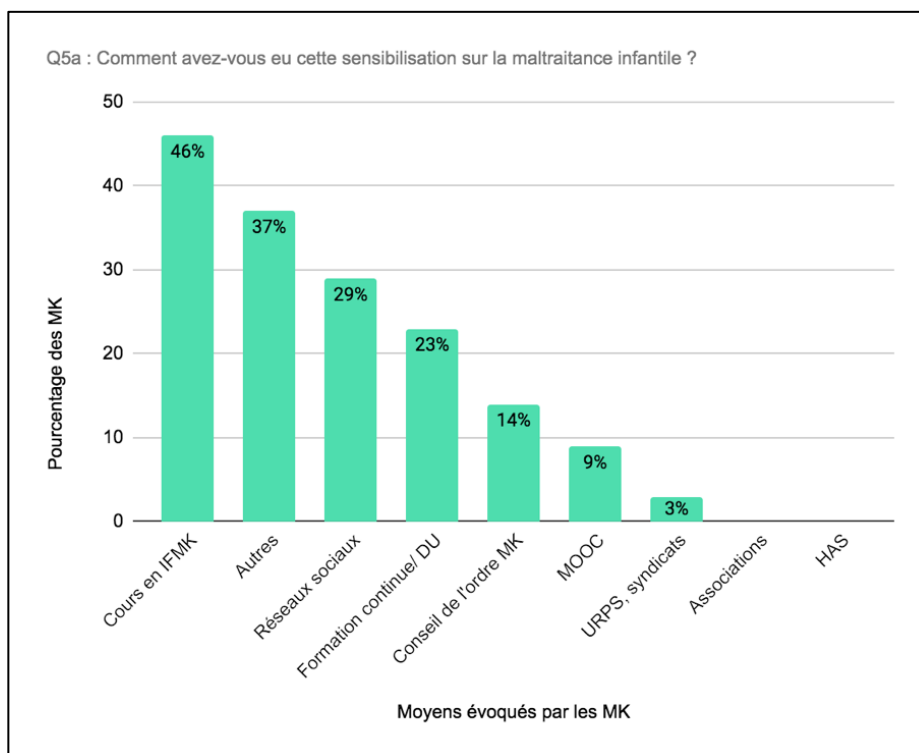
Annexe n°27 – Graphique représentant le nombre d'enfants pris en charge par les MK par mois



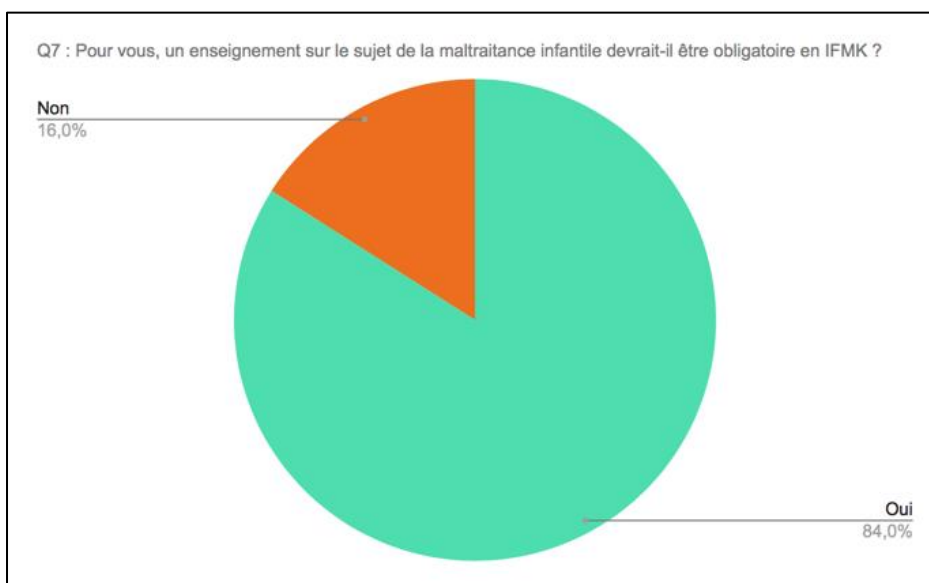
Annexe n°28 – Graphique représentant la proportion des MK sensibilisés au sujet de la maltraitance infantile



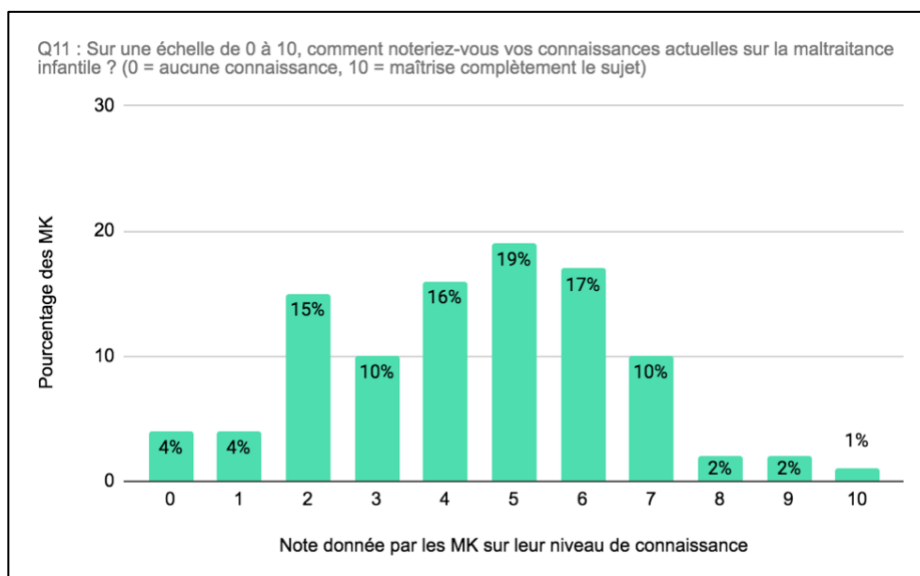
Annexe n°29 – Graphique représentant les moyens utilisés par les MK pour se sensibiliser à la maltraitance infantile



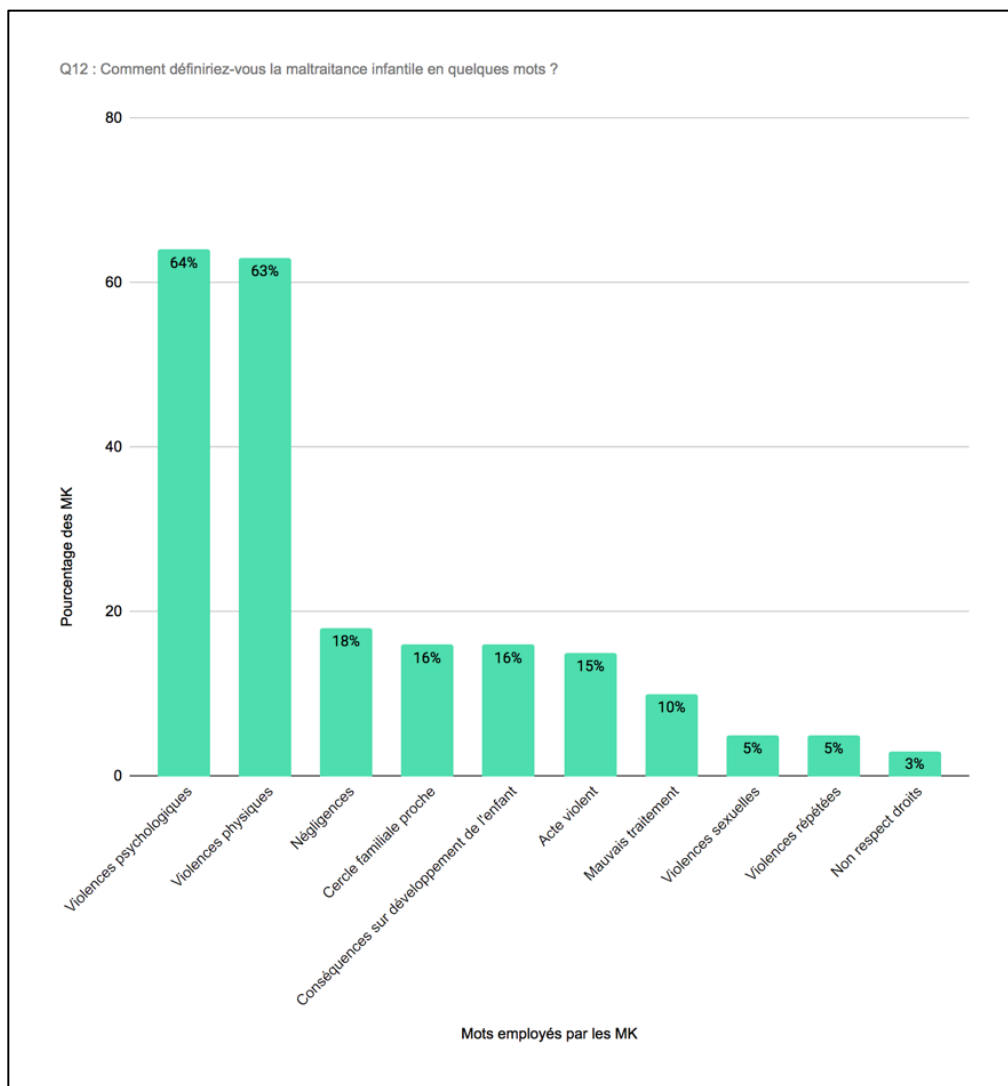
Annexe n°30 – Graphique représentant la prise de position des MK sur l'obligation d'un cours sur la maltraitance infantile en IFMK



Annexe n°31 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de connaissance actuel des MK concernant les maltraitances infantiles

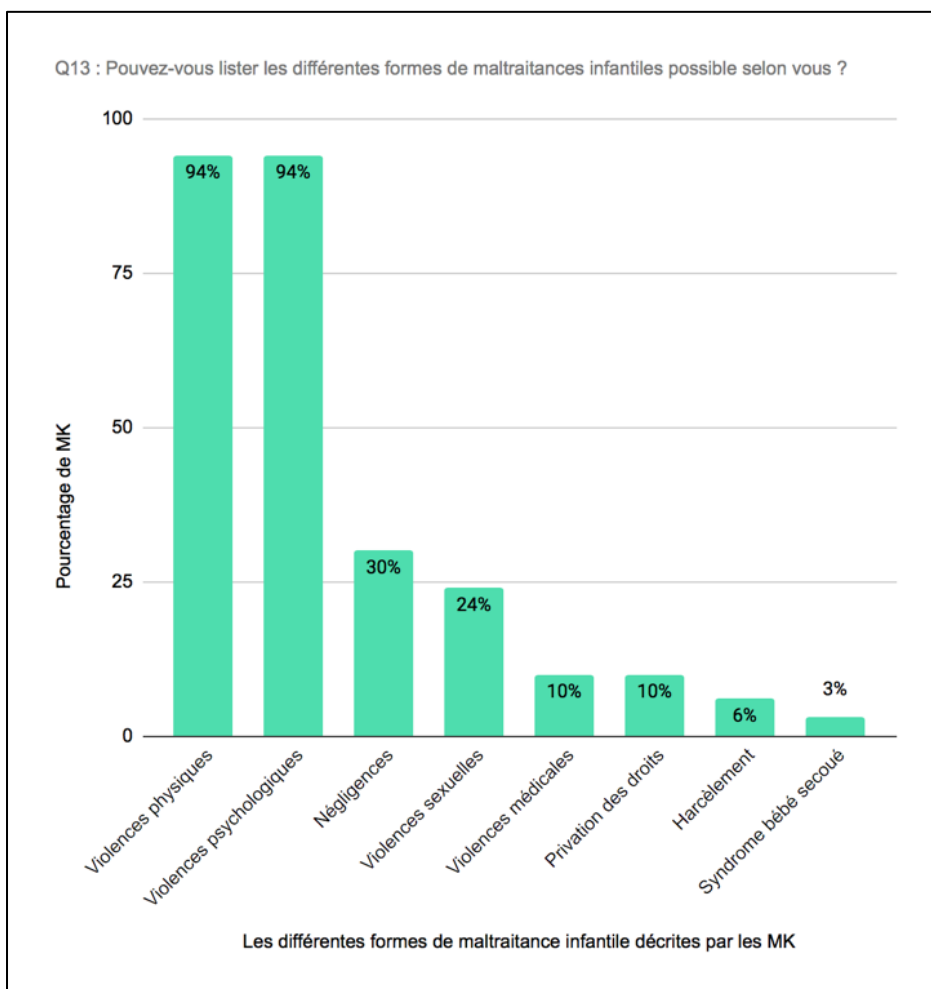


Annexe n°32 – Graphique représentant la définition de la maltraitance infantile selon les MK

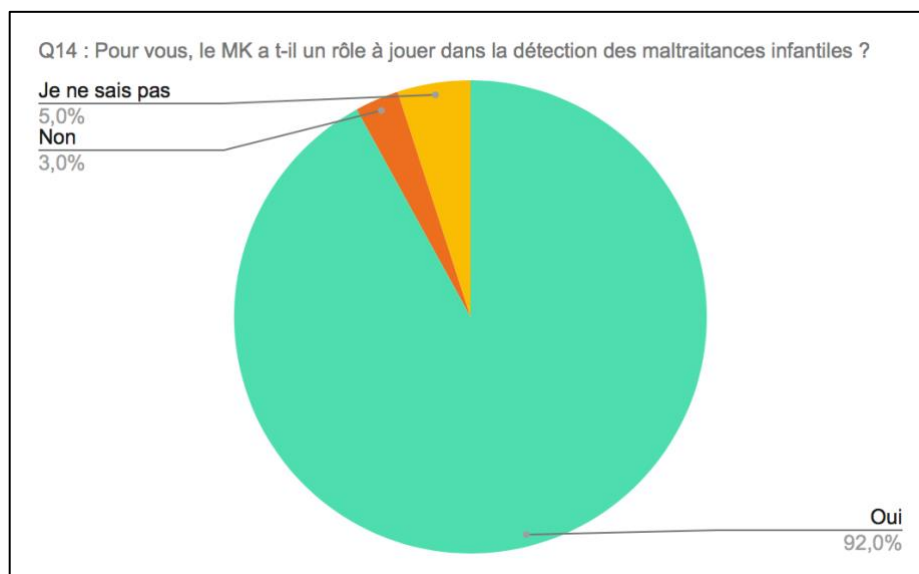


Annexe n°33 – Graphique représentant les différentes formes de maltraitements infantiles selon les

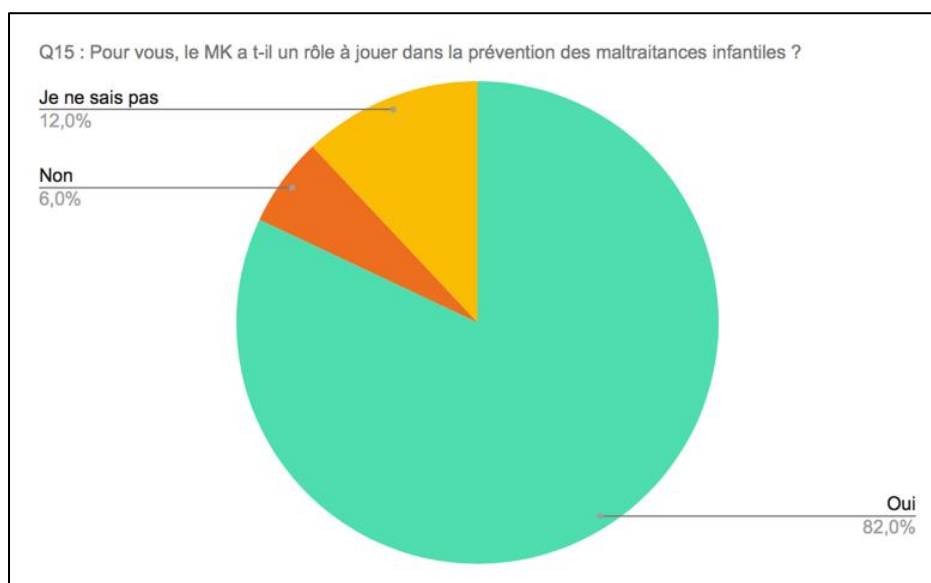
MK



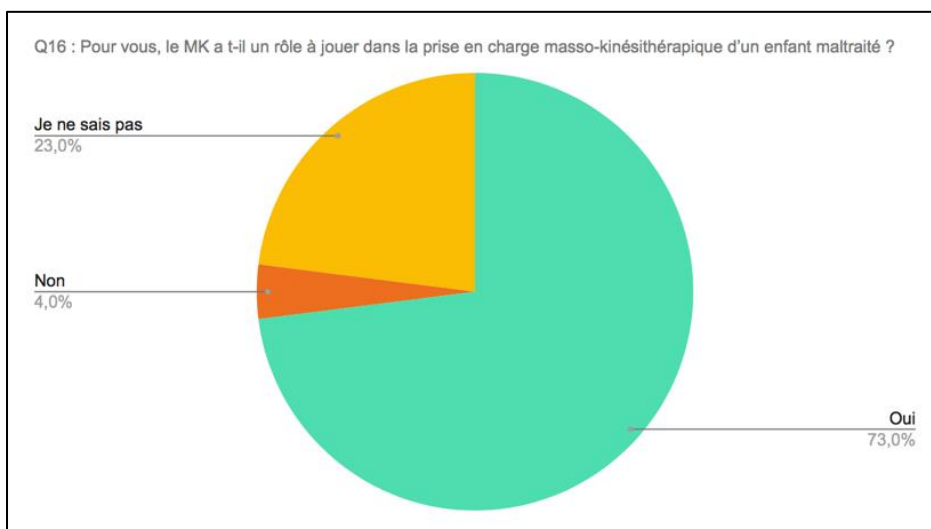
Annexe n°34 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la détection des maltraitances infantiles



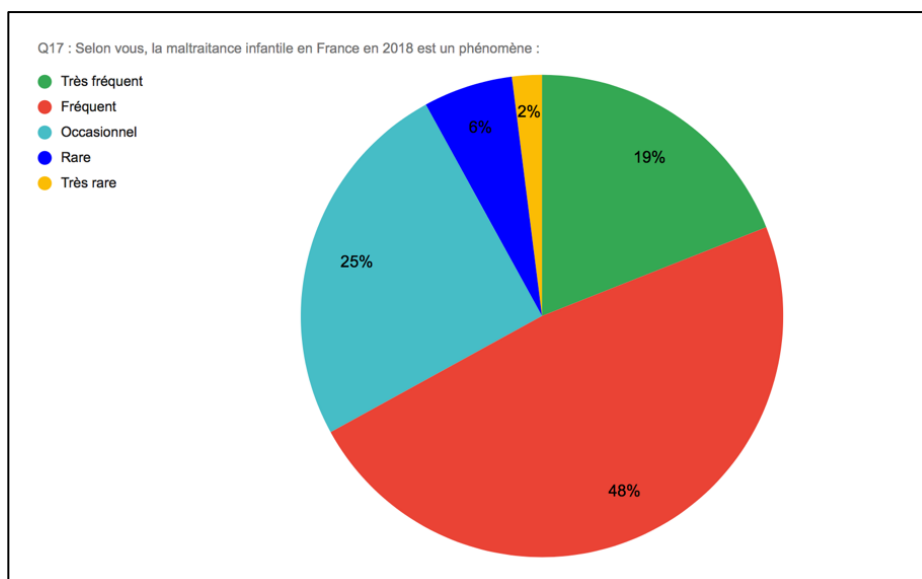
Annexe n°35 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la prévention des maltraitances infantiles



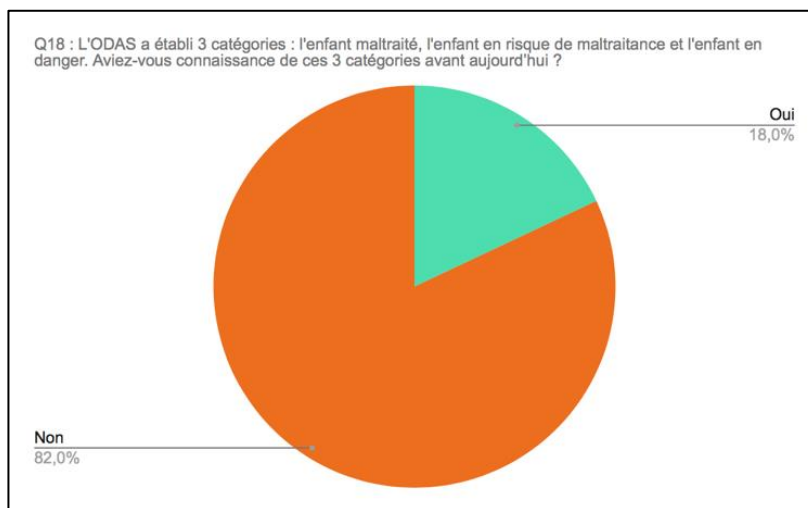
Annexe n°36 – Graphique représentant la proportion des MK estiment avoir un rôle à jouer dans la prise en charge d'un enfant maltraité



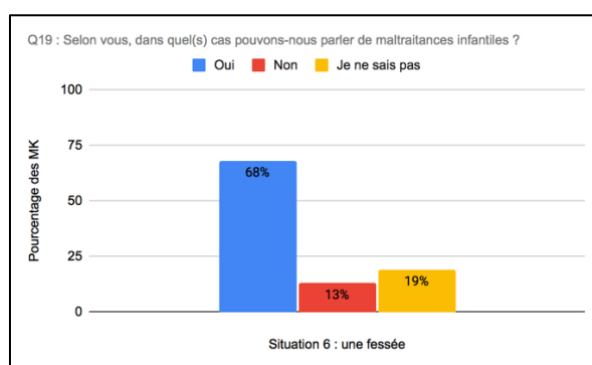
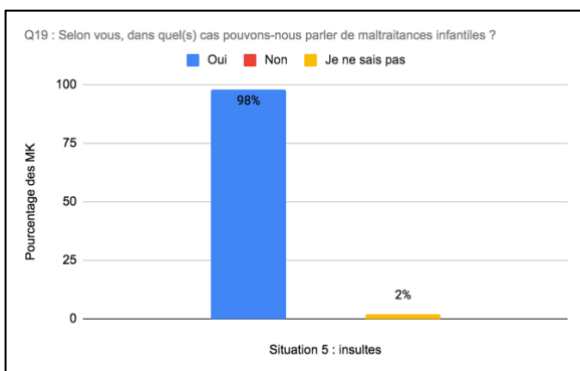
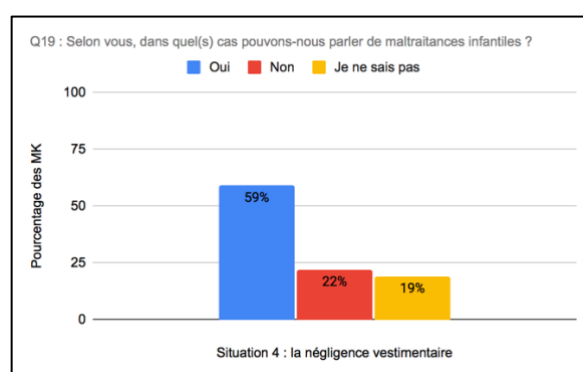
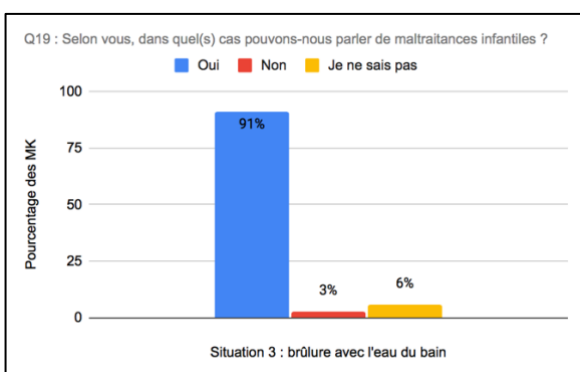
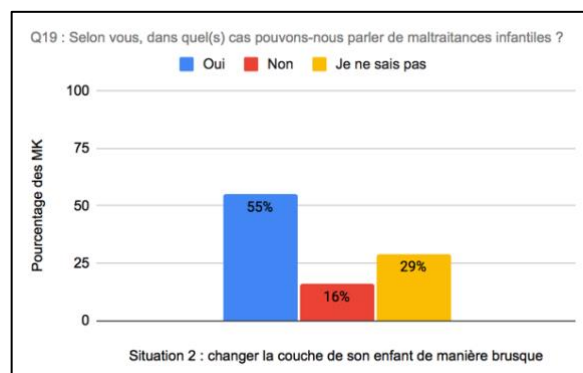
Annexe n°37 – Graphique représentant les connaissances des MK concernant l'épidémiologie des maltraitances infantiles en France en 2018



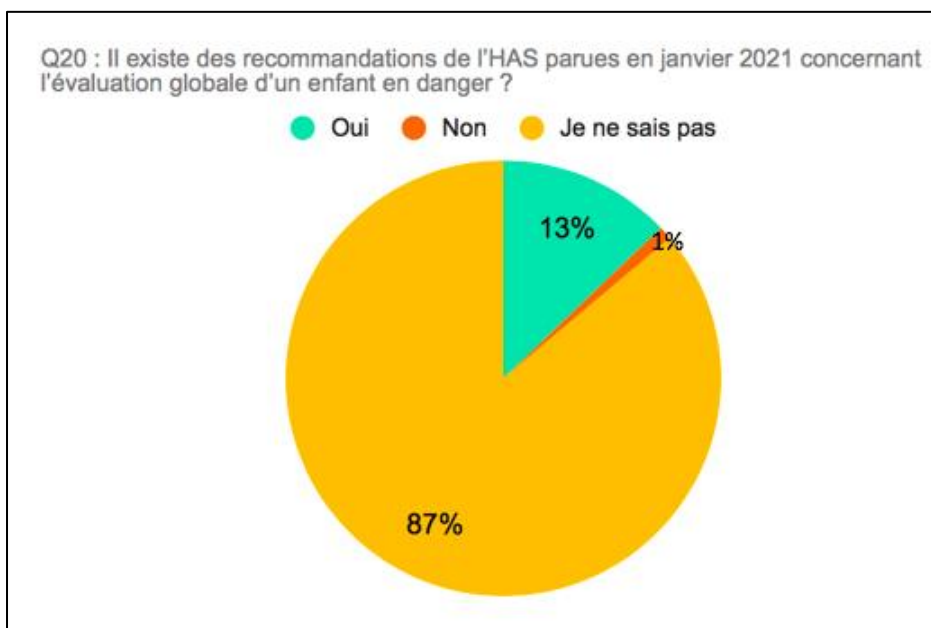
Annexe n°38 – Graphique représentant les connaissances des MK concernant les 3 catégories définies par l'ODAS : l'enfant maltraité, l'enfant en risque de maltraitance et l'enfant en danger



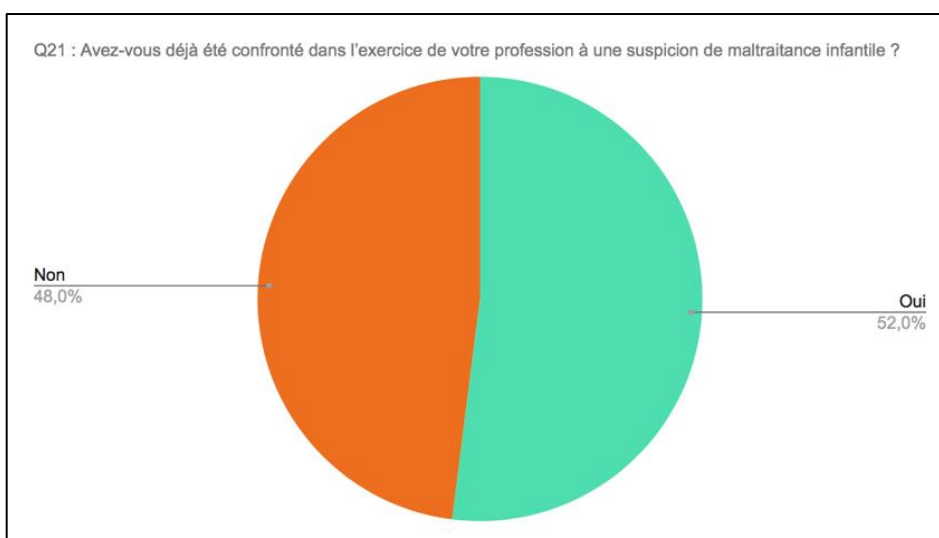
Annexe n°39 – Graphiques représentant les prises de position des MK face à 6 situations fictives de maltraitance infantile



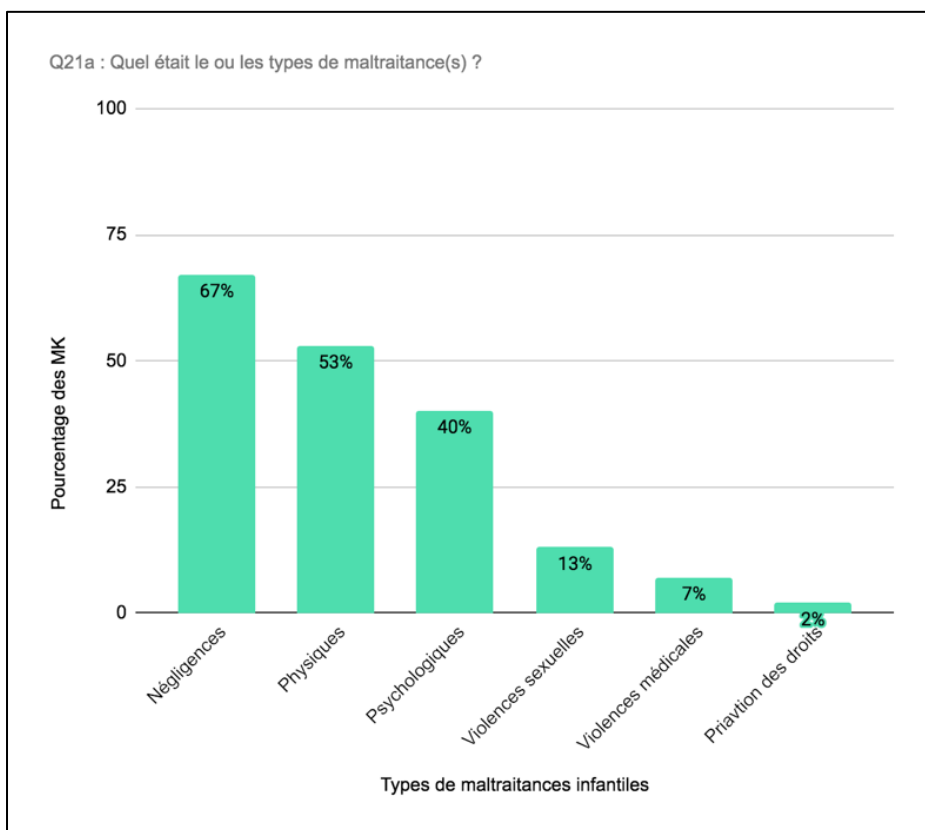
Annexe n°40 – Graphique représentant le niveau de connaissance des MK concernant les recommandations de janvier 2021 de l’HAS sur l’évaluation globale d’un enfant en danger



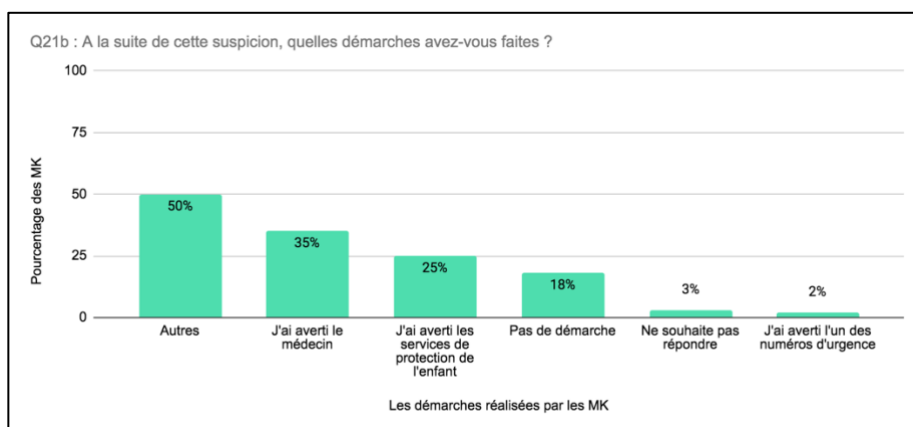
Annexe n°41 – Graphique représentant la proportion de MK ayant déjà été confrontés à une suspicion de maltraitance infantile durant leur exercice professionnel



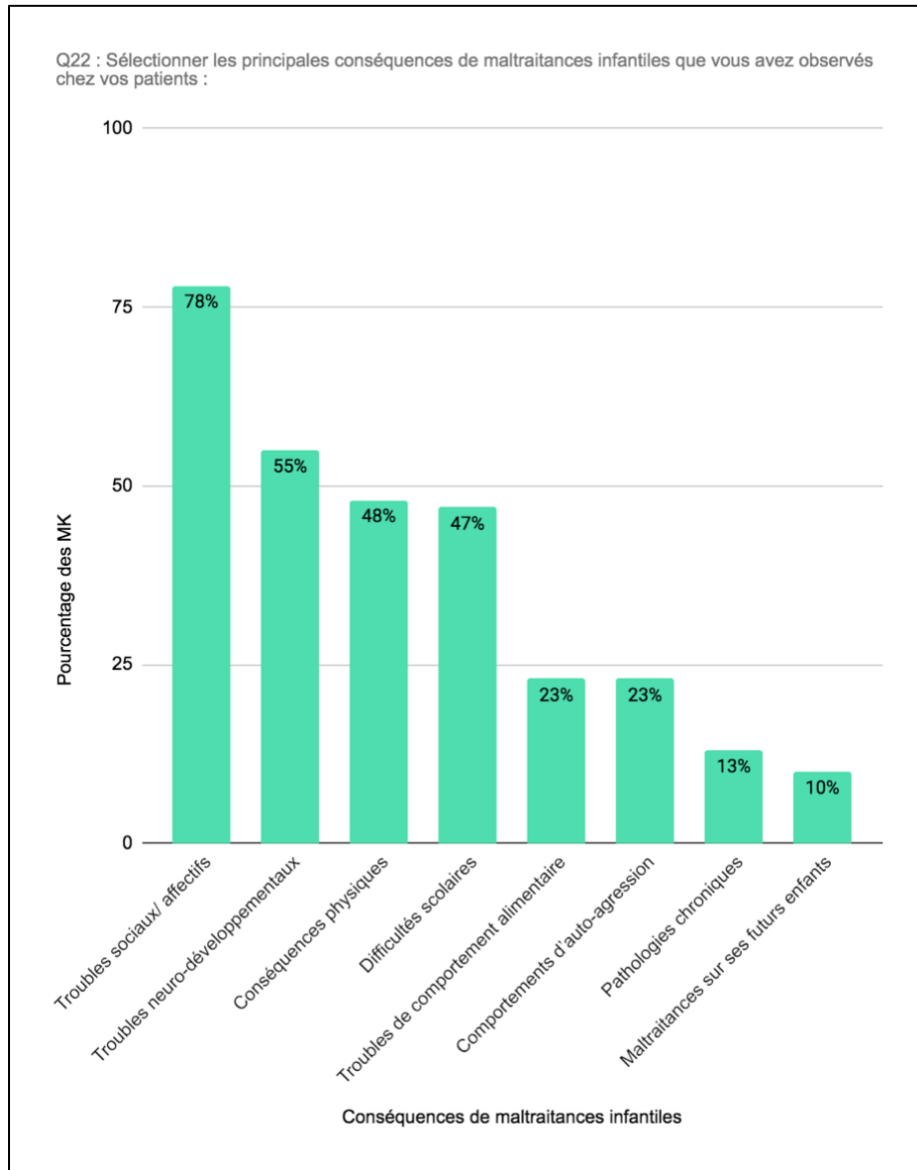
Annexe n°42 – Graphique représentant les différentes formes de maltraitements infantiles auxquelles les MK ont déjà été confrontés



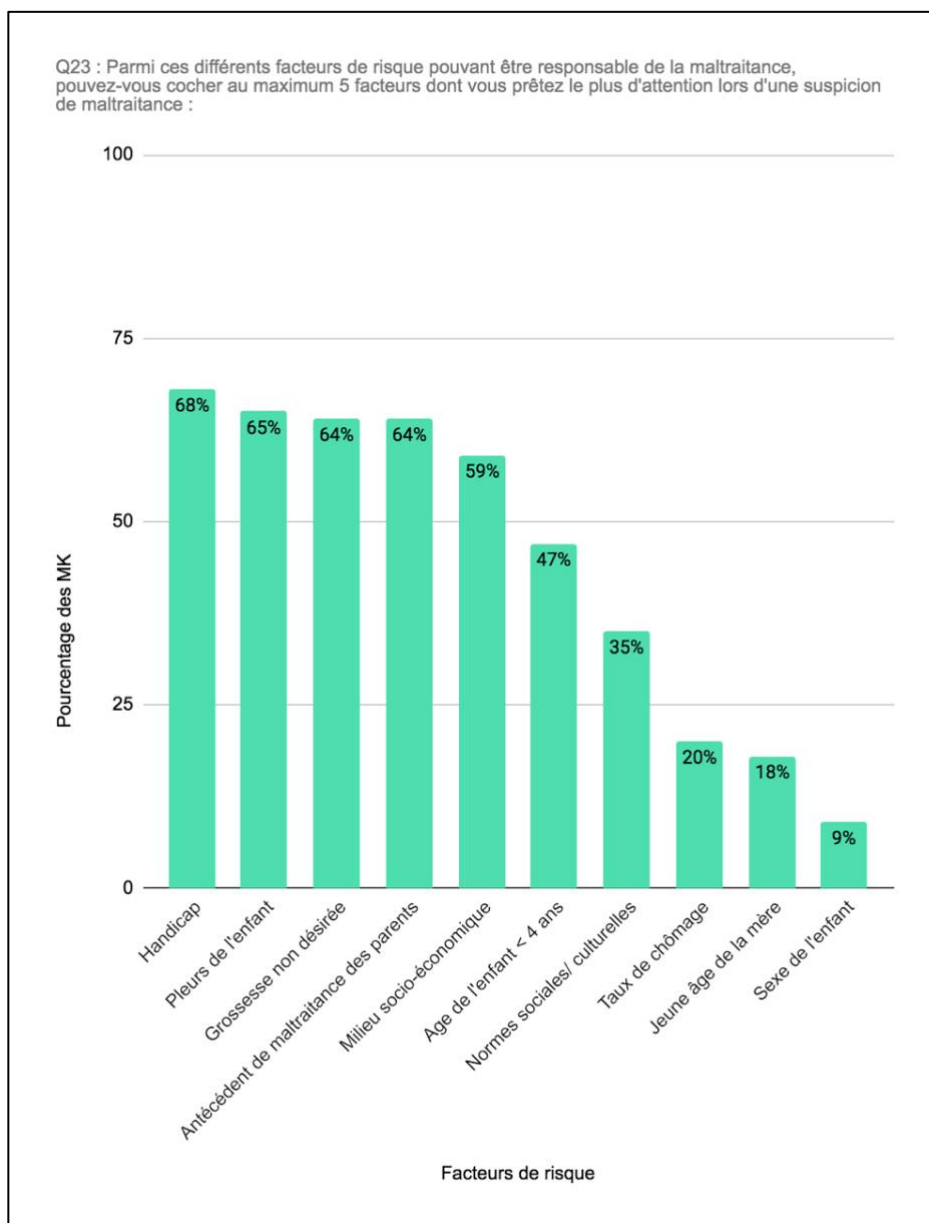
Annexe n°43 – Graphique représentant les démarches réalisées par les MK à la suite d'une suspicion de maltraitance infantile



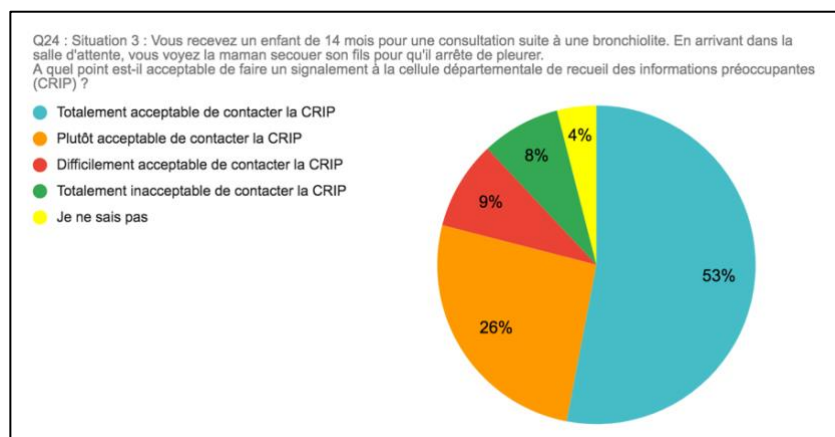
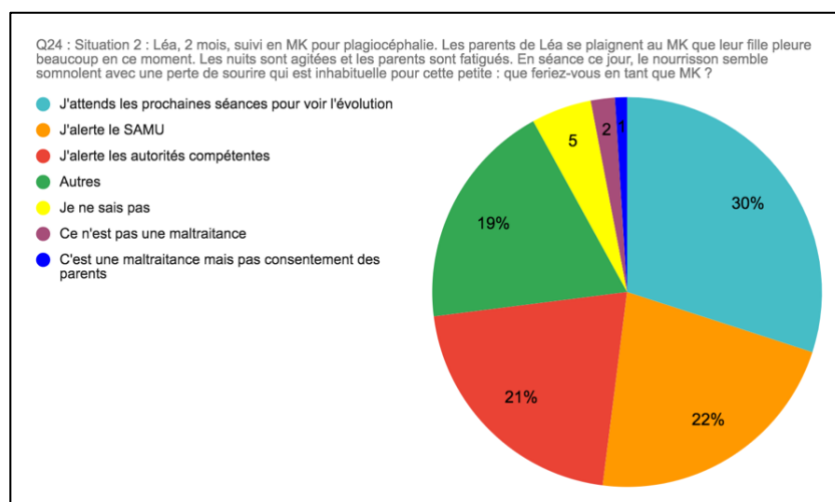
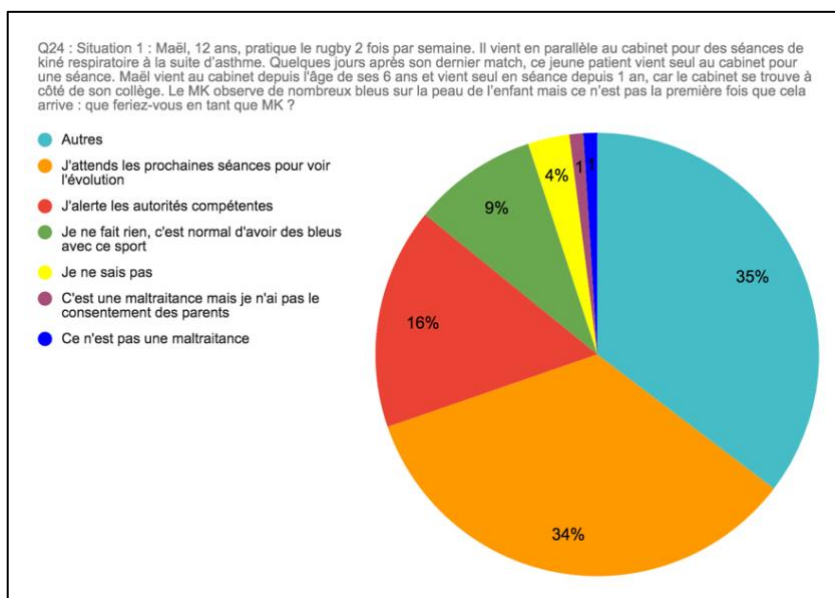
Annexe n°44 – Graphique représentant les principales conséquences observées par les MK suite à une suspicion de maltraitance



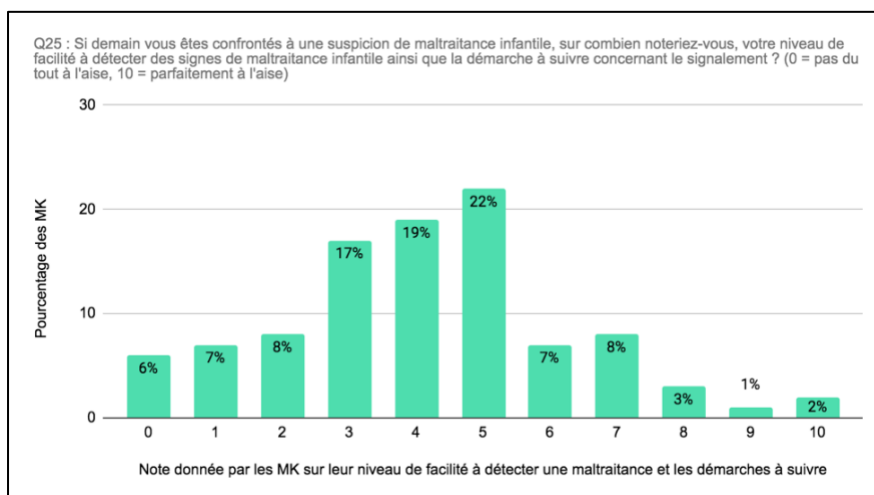
Annexe n°45 – Graphique représentant les facteurs de risque auxquels les MK prêtent attention lors d'une suspicion de maltraitance infantile



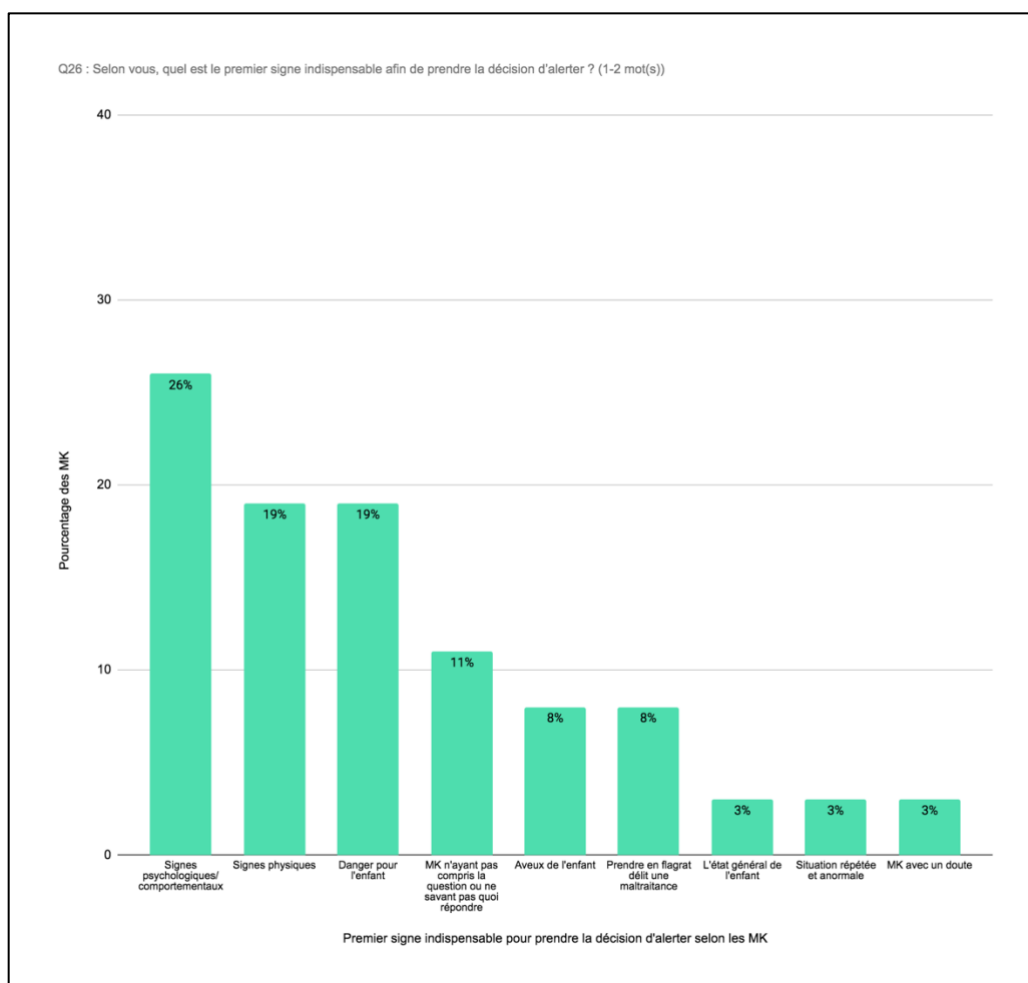
Annexe n°46 – Graphiques représentant la prise de décision des MK face à une potentielle situation de maltraitance infantile



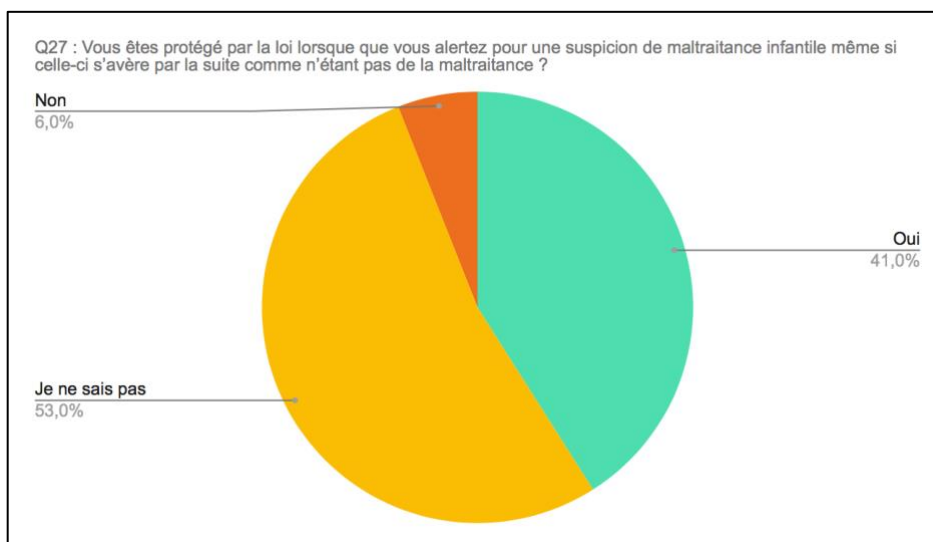
Annexe n°47 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance infantile et les démarches de signalement à réaliser.



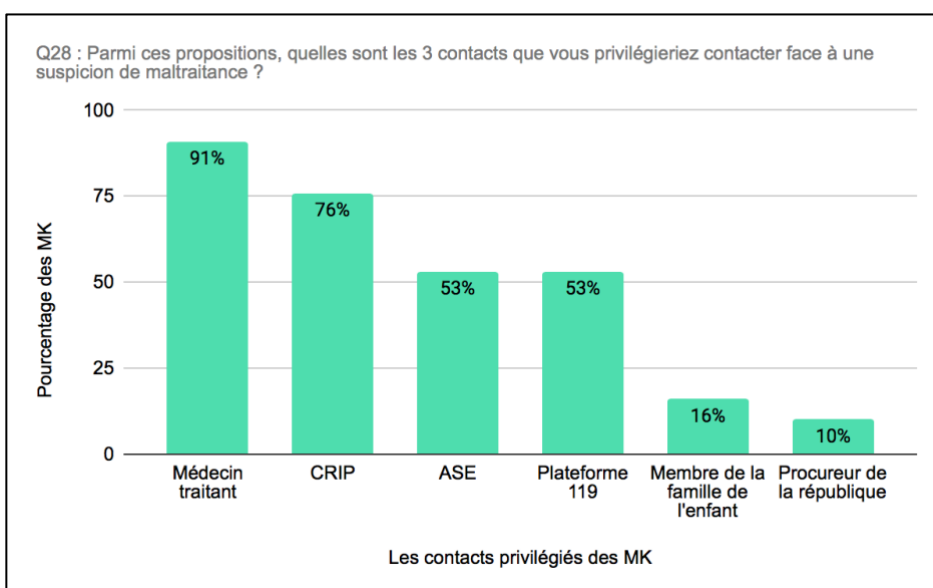
Annexe n°48 – Graphique représentant le premier signe indispensable pour les MK afin de prendre la décision d’alerter



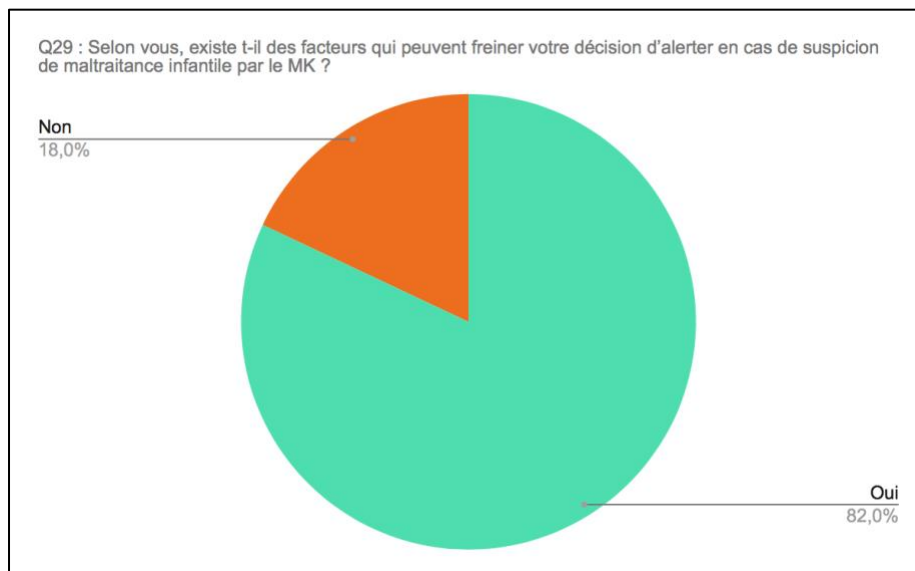
Annexe n°49 – Graphique représentant la proportion de MK ayant connaissance de la loi en matière de protection des professionnels de santé face à une maltraitance infantile



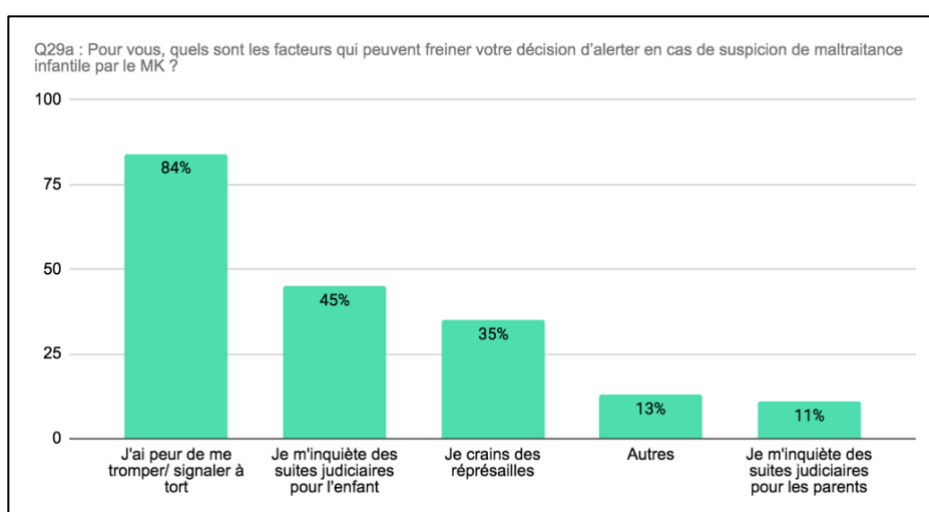
Annexe n°50 – Graphique représentant les différents contacts privilégiés des MK dans le cadre d'une suspicion de maltraitance infantile.



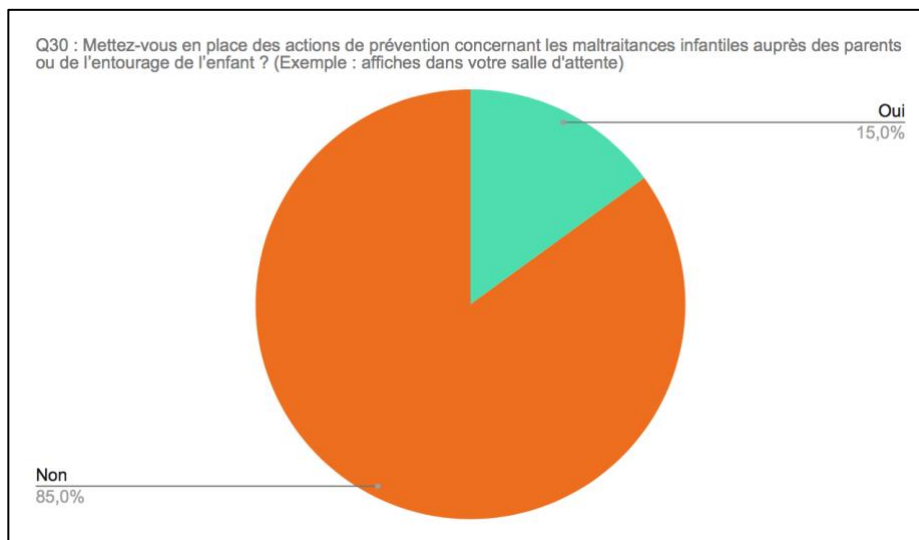
Annexe n°51 – Graphique représentant la proportion des MK ressentant un frein au moment d’alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile.



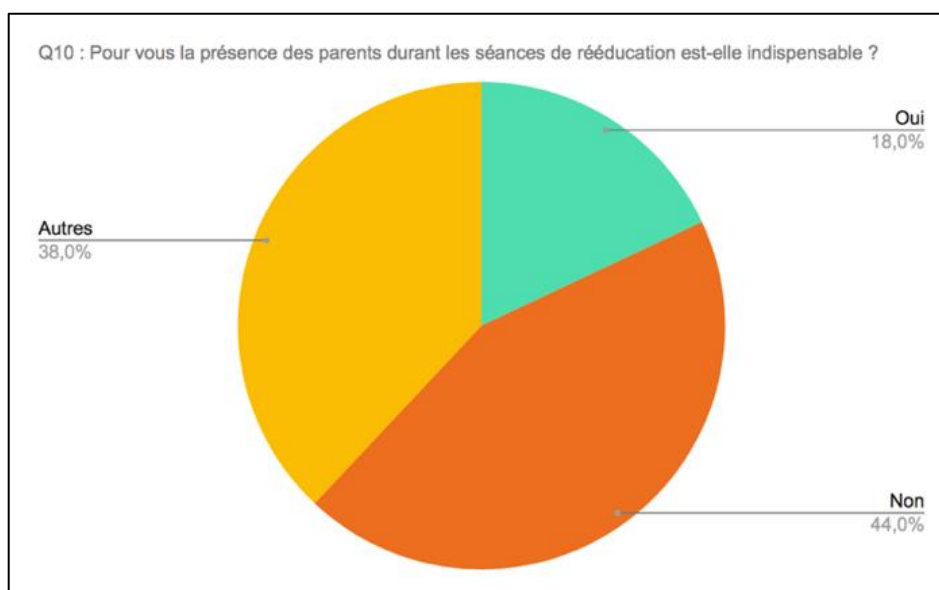
Annexe n°52 – Graphique représentant les différents freins ressentis par les MK en cas de suspicion de maltraitance infantile.



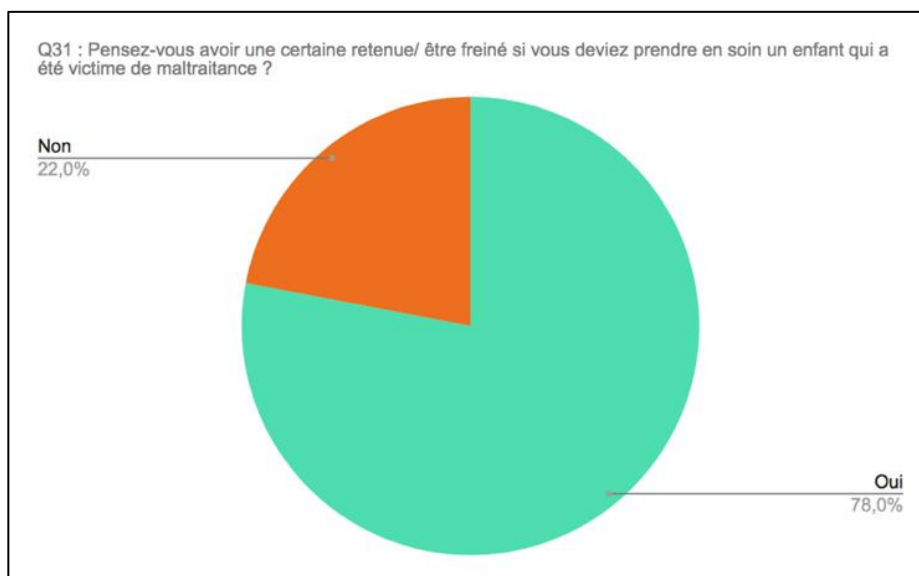
Annexe n°53 – Graphique représentant la proportion de MK mettant en place des actions de prévention.



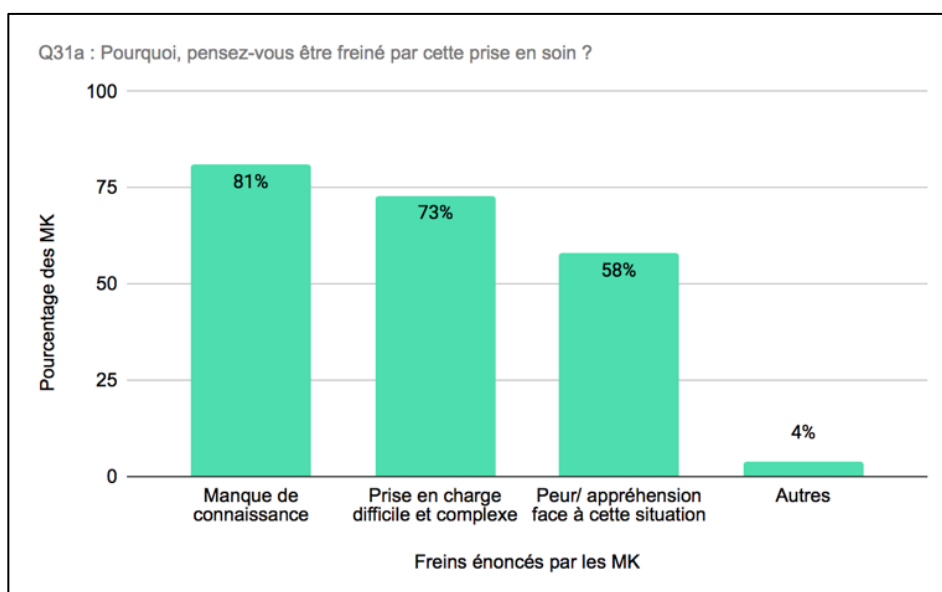
Annexe n°54 – Graphique représentant l'opinion des MK sur l'obligation de la présence des parents pendant une séance de kinésithérapie.



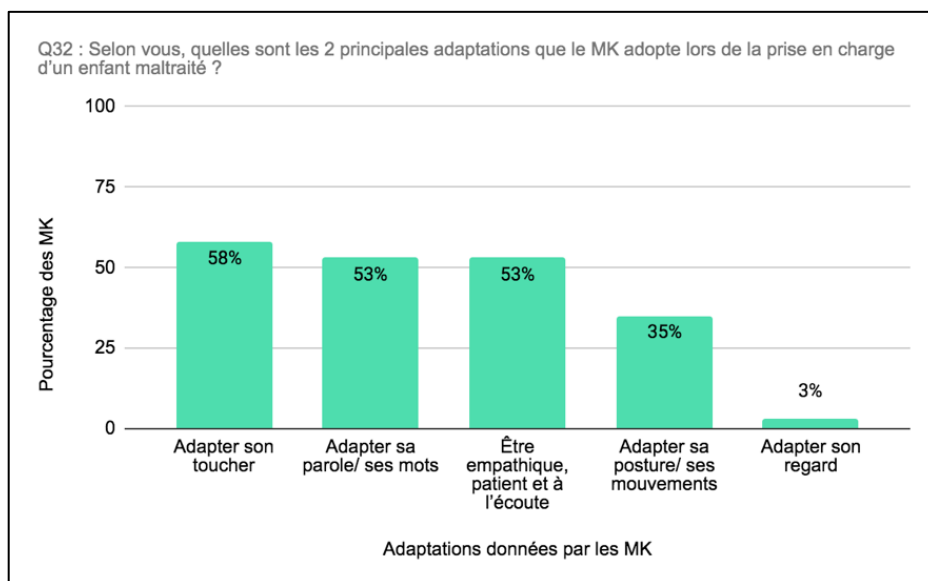
Annexe n°55 – Graphique représentant la proportion des MK ressentant un frein à la prise en charge d'un enfant maltraité.



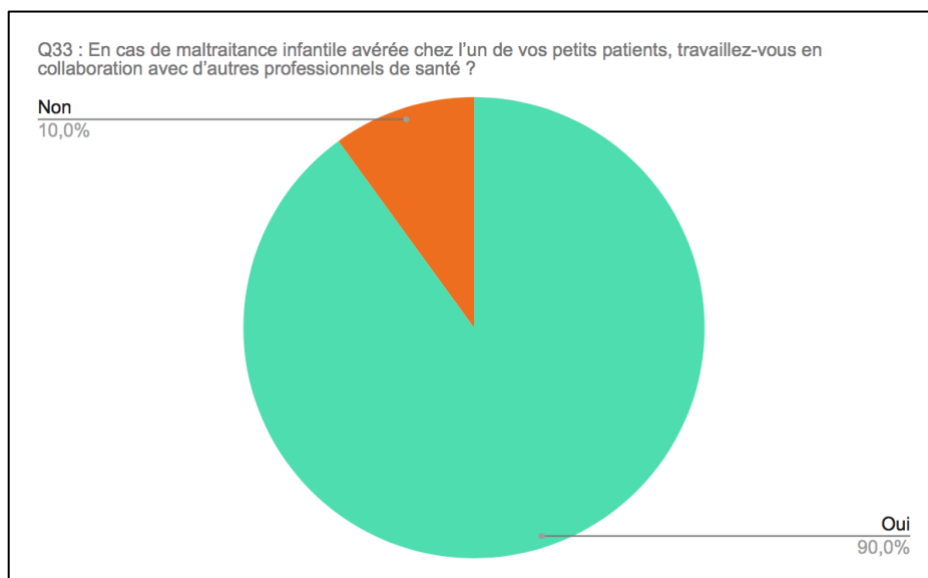
Annexe n°56 – Graphique représentant les différents freins ressentis par les MK en cas de prise en charge d'un enfant maltraité.



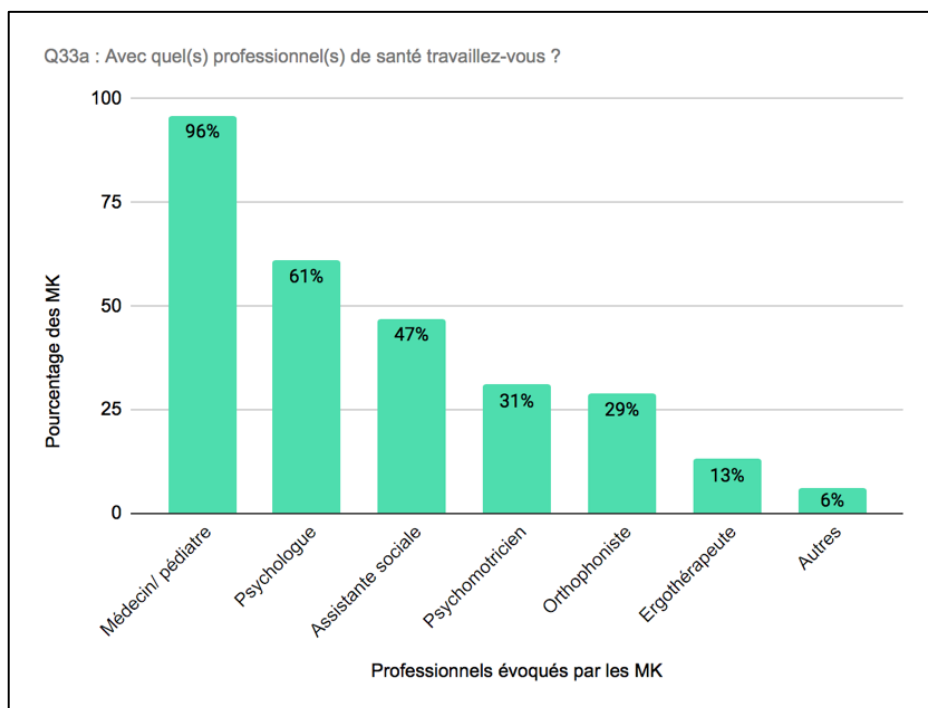
Annexe n°57 – Graphique représentant les différentes adaptations mises en place par les MK en cas de prise en charge d'un enfant maltraité.



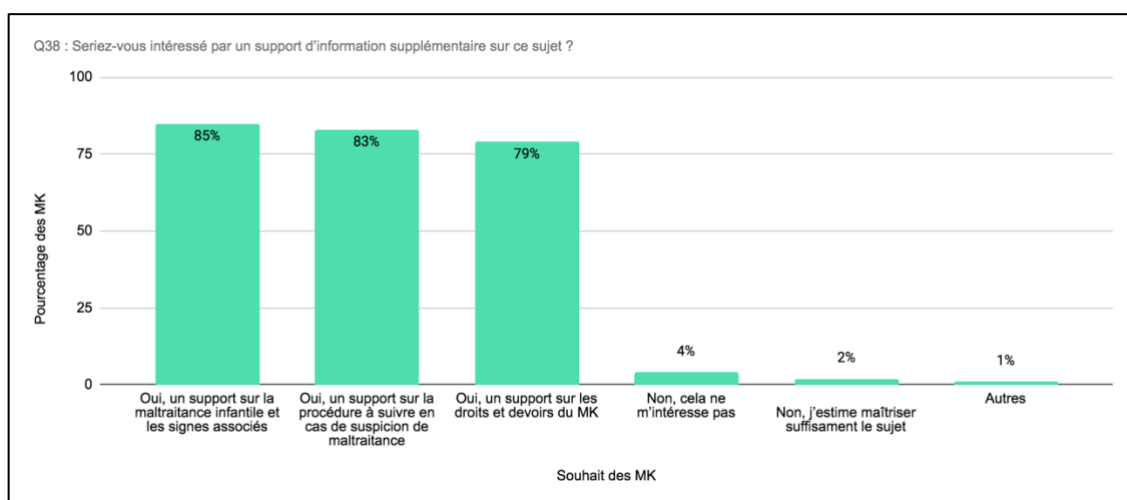
Annexe n°58 – Graphique représentant la position des MK sur la collaboration avec d'autres professionnels de santé en cas de maltraitance infantile.



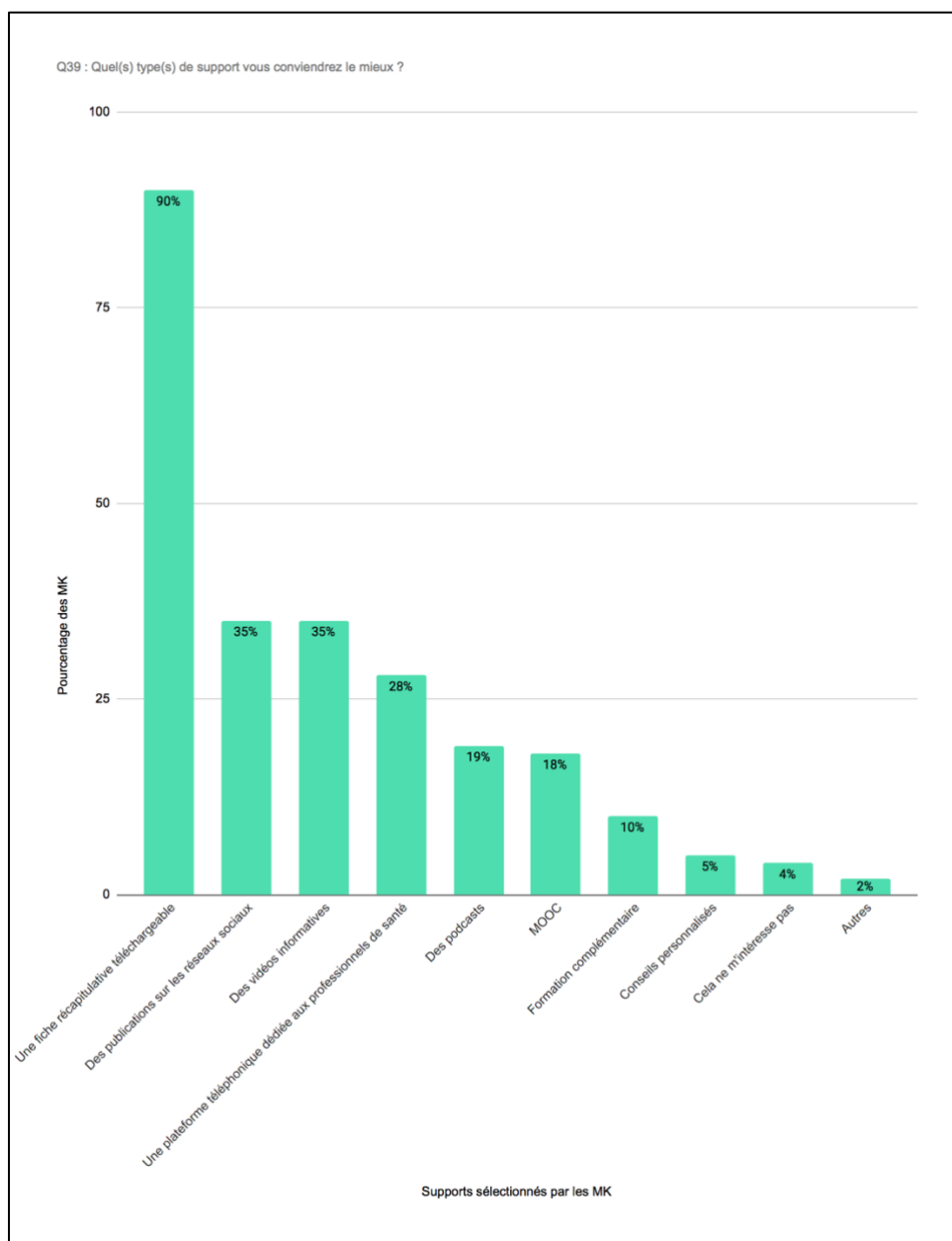
Annexe n°59 – Graphique représentant les différents professionnels de santé avec lesquels les MK travaillent en cas de prise en charge d'enfant maltraité.



Annexe n°60 – Graphique représentant l'avis des MK sur l'apport d'un support d'information supplémentaire.



Annexe n°61 – Graphique représentant le choix du type de support souhaité par les MK



Annexe n°62 – Définition de la violence et de la maltraitance

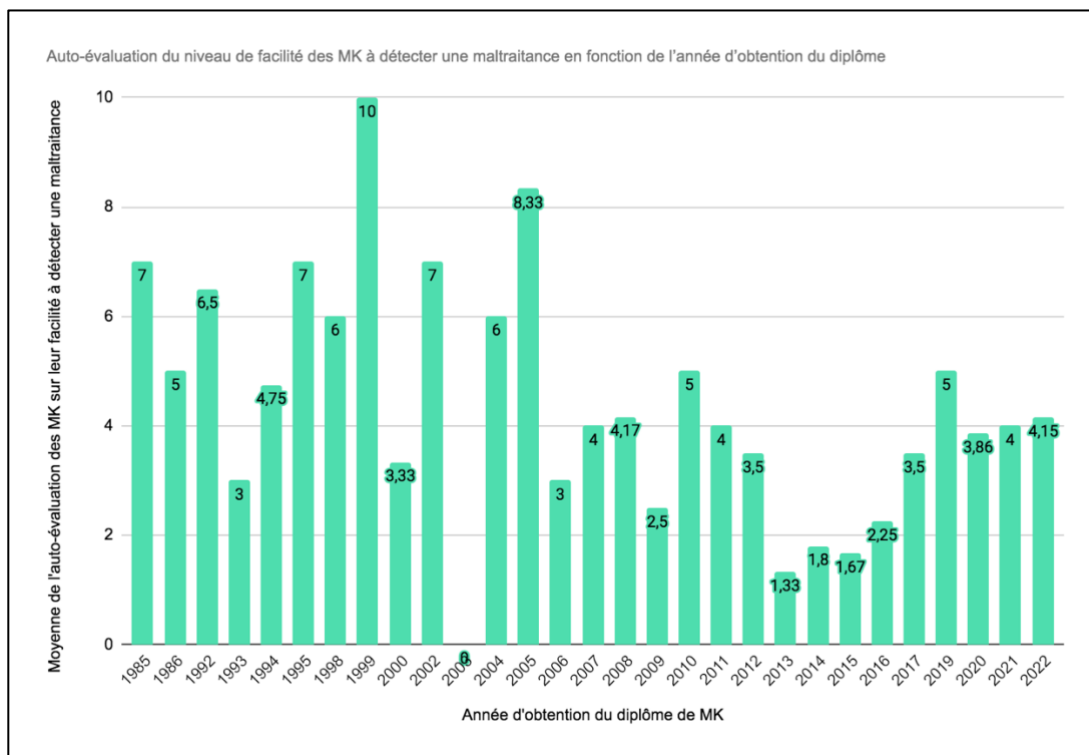
Selon l’OMS, la violence : *“la menace ou l’utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou une carence. »*

Source : *World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean [En ligne]. WHO EMRO | Violence | Violence, traumatismes et incapacités ; [Consulté le 25 avril 2023]. Disponible sur : <http://www.emro.who.int/fr/violence-injuries-disabilities/violence/>.*

Selon Anne Tursz, la maltraitance : *« Ce qui constitue la maltraitance c’est la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en système pédagogique et le caractère excessif des actes par rapport à l’âge et aux capacités de l’enfant. »*

Source : *Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Qu’en sait-on actuellement en France ? Les Cahiers Dynamiques 2015;66:17–27. <https://doi.org/10.3917/lcd.066.0017>.*

Annexe n°63 – Graphique représentant l’auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction de l’année d’obtention du diplôme



Annexe n°64 – Tableau croisé : auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction de l'année d'obtention du diplôme de MK

Analyse des tableaux croisés dynamiques : Pour qu'une donnée soit statistiquement significative, il faut que la **p-value soit inférieure à 0,05**.

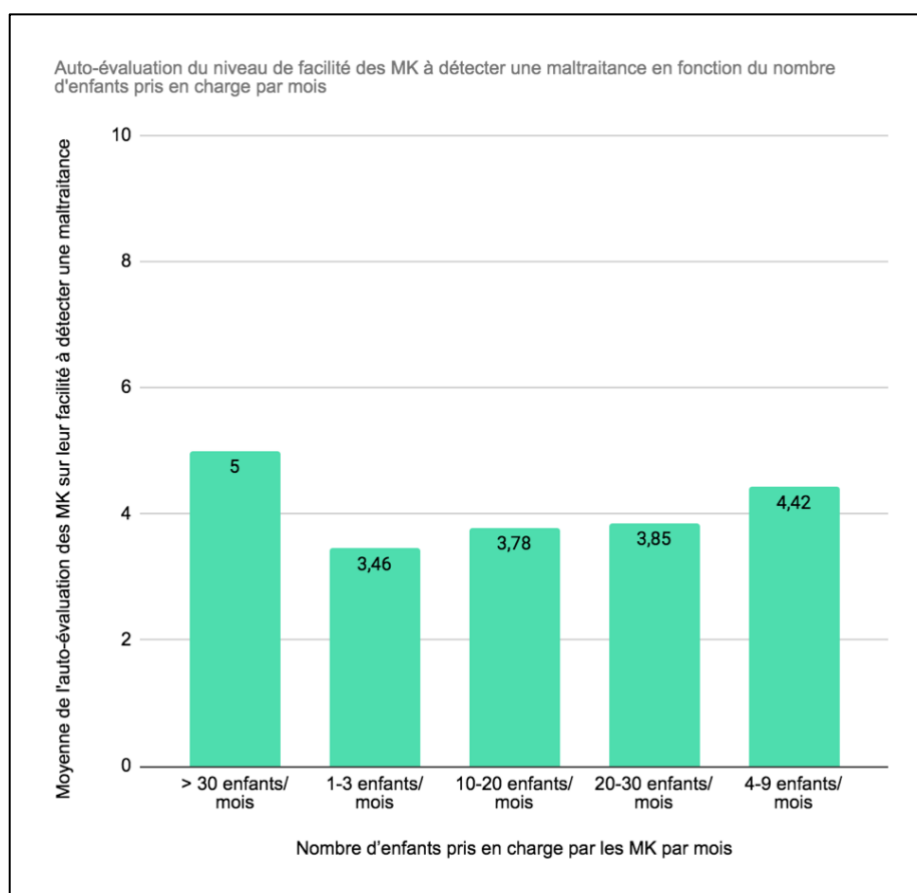
| | | Q36 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de MK ? | | |
|--|----|--|--------------------|---------------|
| | | Entre 1985 et 2005 | Entre 2006 et 2022 | Total général |
| Q25 : Si demain vous êtes confrontés à une suspicion de maltraitance infantile, sur combien noteriez-vous, votre niveau de facilité à détecter des signes de maltraitance infantile ainsi que la démarche à suivre concernant le signalement ? | 0 | 2 | 5 | 7 |
| | 1 | 0 | 8 | 8 |
| | 2 | 0 | 10 | 10 |
| | 3 | 2 | 18 | 20 |
| | 4 | 0 | 22 | 22 |
| | 5 | 8 | 17 | 25 |
| | 6 | 4 | 4 | 8 |
| | 7 | 4 | 5 | 9 |
| | 8 | 2 | 2 | 4 |
| | 9 | 1 | 0 | 1 |
| | 10 | 2 | 0 | 2 |
| Total général | | 25 | 91 | 116 |

HO : Le niveau de facilité des MK à détecter des signes de maltraitance infantile est le même quelle que soit l'année d'obtention du diplôme.

L'année d'obtention du diplôme de MK semble avoir un impact sur le niveau de facilité à détecter les signes de maltraitance ainsi que les démarches de signalement à réaliser.

En effet, statistiquement, le test T de Student, révèle des moyennes respectives de 5,7/10 (MK diplômés entre 1985-2005) et de 3,6/10 (MK diplômés entre 2007-2022) ainsi qu'une p-value = 0, 005, donc la différence est significative. HO est rejeté.

Annexe n°65 – Graphique représentant l'auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction du nombre d'enfants pris en charge par mois.



Annexe n°66 – Tableau croisé : auto-évaluation du niveau de facilité des MK à détecter une maltraitance en fonction du nombre d’enfants pris en charge par mois

| | | Q9 : En moyenne combien d’enfant prenez vous en charge par mois ? | | | | | | |
|--|------------------|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|------------------|
| | | 1-3 enfant(s)/ mois | 4-9 enfants/ mois | 10-20 enfants/ mois | 20- 30enfants/ mois | > 30 enfants/ mois | Aucun | Total général |
| Q25 : Si demain vous êtes confrontés à une suspicion de maltraitance infantile, sur combien noteriez-vous, votre niveau de facilité à détecter des signes de maltraitance infantile ainsi que la démarche à suivre concernant le signalement ? | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 8 |
| | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| | 3 | 11 | 3 | 0 | 3 | 3 | 0 | 20 |
| | 4 | 5 | 9 | 4 | 1 | 2 | 1 | 22 |
| | 5 | 11 | 4 | 3 | 1 | 6 | 0 | 25 |
| | 6 | 2 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 8 |
| | 7 | 0 | 7 | 0 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| | 9 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | |
| | Total général | 39 | 33 | 14 | 7 | 20 | 3 | 116 |

HO : Le niveau de facilité des MK à détecter des signes de maltraitance infantile est le même quel que soit le nombre d’enfants pris en charge.

Le nombre d'enfants pris en charge par les MK par mois semble avoir un impact sur le niveau de facilité à détecter les signes de maltraitance ainsi que les démarches de signalement à réaliser. En effet, statistiquement, le test T de Student révèle des moyennes respectives de 5/10 (MK prenant en charge plus de 30 enfants/ mois) et de 3,5/10 (MK prenant en charge 1 à 3 enfant(s)/ mois) ainsi qu'une p-value = 0,025, donc la différence est significative. HO est rejeté.

Annexe n°67 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confrontés à une maltraitance infantile en fonction de la présence de freins lors de la décision d’alerter

| | | Q29 : Selon vous, existe-t-il des facteurs qui peuvent freiner votre décision d’alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile par le MK ? | | |
|--|-----|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q21 Avez-vous déjà été confronté dans l’exercice de votre profession à une suspicion de maltraitance infantile ? | Non | 12 | 44 | 56 |
| | Oui | 9 | 51 | 60 |
| Total général | | 21 | 95 | 116 |

HO : Ressentir des freins à la prise de décision d’alerter est indépendant du fait d’avoir été confronté aux maltraitances.

L’impact de la confrontation des MK à la maltraitance sur la présence de freins à la prise de décision en cas de suspicion de maltraitance infantile n’est pas prouvé statistiquement. En effet, statistiquement, le test de Chi² montre une p-value = 0, 369 donc une différence non significative.

Ressentir des freins à la prise de décision d’alerter est indépendant du fait d’avoir été confronté aux maltraitances. H0 est non rejeté.

Annexe n°68 – Tableau croisé : auto-évaluation des connaissances des MK concernant la maltraitance infantile en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|---------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q11 : Sur une échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous vos connaissances actuelles sur la maltraitance infantile ? | 0 | 5 | 0 | 5 |
| | 1 | 5 | 0 | 5 |
| | 2 | 16 | 1 | 17 |
| | 3 | 7 | 5 | 12 |
| | 4 | 14 | 4 | 18 |
| | 5 | 13 | 9 | 22 |
| | 6 | 11 | 9 | 20 |
| | 7 | 7 | 5 | 12 |
| | 8 | 2 | 0 | 2 |
| | 9 | 1 | 1 | 2 |
| | 10 | 0 | 1 | 1 |
| | Total général | 81 | 35 | 116 |

HO : Le niveau de connaissances des MK sur la maltraitance infantile est le même quel que soit le niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitements infantiles.

La sensibilisation aux maltraitements infantiles semble avoir un impact sur les connaissances des MK. En effet, statistiquement, le test de T de Student révèle des moyennes respectives de 3,9/10

(MK non sensibilisés) et de 5,3/10 (MK sensibilisés) et une p-value = 0,0004, donc une différence significative. H0 est rejeté.

Annexe n°69 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la détection des maltraitances infantiles en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q14 : Pour vous, le MK a-t-il un rôle à jouer dans la détection des maltraitances infantiles ? | Non | 2 | 1 | 3 |
| | Oui | 74 | 33 | 107 |
| | Je ne sais pas | 5 | 1 | 6 |
| | Total général | 81 | 35 | 116 |

H0 : Estimer avoir un rôle dans la détection des maltraitances est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la représentation du rôle du MK dans la détection de celles-ci n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,851, donc une différence non significative.

Estimer avoir un rôle à jouer dans la détection des maltraitances infantiles est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°70 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la prévention des maltraitements infantiles en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q15 : Pour vous, le MK a-t-il un rôle à jouer dans la prévention des maltraitements infantiles ? | Non | 6 | 1 | 7 |
| | Oui | 62 | 35 | 95 |
| | Je ne sais pas | 13 | 1 | 14 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

H0 : Estimer avoir un rôle dans la prévention des maltraitements est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitements infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitements infantiles sur la représentation du rôle du MK dans la prévention de celles-ci est prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,042 donc une différence significative.

Estimer avoir un rôle à jouer dans la prévention des maltraitements infantiles est dépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitements infantiles. H0 est rejeté.

Annexe n°71 – Tableau croisé : avis des MK concernant leur rôle dans la prise en charge d’un enfant maltraité en fonction de leur sensibilisation aux maltraitances infantiles

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|---|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q16 : Pour vous, le MK a-t-il un rôle à jouer dans la prise en charge d’un enfant maltraité ? | Non | 4 | 1 | 5 |
| | Oui | 58 | 27 | 85 |
| | Je ne sais pas | 19 | 7 | 26 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer avoir un rôle dans la prise en charge d’un enfant maltraité est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L’impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la représentation du rôle du MK dans la prise en charge d’un enfant maltraité n’est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,931 donc une différence non significative.

Estimer avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des maltraitances infantiles est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°72 – Tableau croisé : mise en place d’une action de prévention chez les MK concernant les maltraitances infantiles en fonction de la sensibilisation des MK à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|---|-----|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q30 : Mettez-vous en place des actions de prévention concernant les maltraitances infantiles auprès des parents ou de l’entourage de l’enfant ? (Exemple : affiches dans votre salle d'attente) | Non | 72 | 27 | 99 |
| | Oui | 9 | 8 | 17 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : La mise en place des actions de prévention est indépendante du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L’impact d’une sensibilisation des MK sur la mise en place d’action de prévention concernant la maltraitance infantile n’est pas prouvé statistiquement. En effet, un test de Chi² montre une p-value = 0,101 donc une différence non significative.

Mettre en place une action de prévention concernant les maltraitances infantiles est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°73 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confrontés à une maltraitance infantile en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|-----|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q21 Avez-vous déjà été confronté dans l'exercice de votre profession à une suspicion de maltraitance infantile ? | Non | 40 | 16 | 56 |
| | Oui | 41 | 19 | 60 |
| Total général | | 85 | 35 | 116 |

H0 : Avoir été confronté à des maltraitances infantiles est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact des confrontations à des situation de maltraitance infantile sur le niveau de sensibilisation des MK à celles-ci n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test de Chi² montre une p-value = 0,717 donc une différence non significative.

Avoir été confronté à des situations de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°74 – Tableau croisé : MK sensibilisés aux maltraitements infantiles en fonction des freins ressentis lors du signalement aux autorités compétentes

| | | Q29 : Selon vous, existe-t-il des facteurs qui peuvent freiner votre décision d’alerter en cas de suspicion de maltraitance infantile par le MK ? | | |
|---|-----|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | Non | 14 | 67 | 81 |
| | Oui | 7 | 28 | 35 |
| Total général | | 21 | 95 | 116 |

H0 : Ressentir des freins à la prise de décision d’alerter est indépendant du fait d’avoir été sensibilisé au rôle du MK face aux maltraitements infantiles.

L’impact de la sensibilisation aux maltraitements infantiles sur les freins ressentis par les MK lors de la prise de décision en cas de suspicion de maltraitance infantile n’est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Chi² montre une p-value = 0, 727 et donc une différence non significative.

Ressentir des freins à la prise de décision d’alerter est indépendant du fait d’avoir été sensibilisé aux maltraitements infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°75 – Tableau croisé : MK sensibilisés aux maltraitements infantiles en fonction des freins ressentis lors de la prise en charge d'un enfant maltraité

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|-----|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q31 : Pensez-vous avoir une certaine retenue/ être freiné si vous deviez prendre en soin un enfant qui a été victime de maltraitance ? | Non | 58 | 32 | 90 |
| | Oui | 23 | 3 | 26 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Avoir une certaine retenue à la prise en charge d'un enfant maltraité est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitements infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitements infantiles sur les freins ressentis par les MK lors de la prise en charge d'un enfant maltraité est prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0, 027 et donc une différence significative.

Avoir une certaine retenue à la prise en charge d'un enfant maltraité est dépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitements infantiles. H0 est rejeté.

Annexe n°76 – Tableau croisé : MK ayant déjà été confronté à une maltraitance infantile en fonction de leur formation en pédiatrie

| | | Q6 : Avez-vous eu des formations complémentaires (formation continue, MOOC, DU...) concernant la pédiatrie ? | | |
|--|-----|--|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q21 Avez-vous déjà été confronté dans l'exercice de votre profession à une suspicion de maltraitance infantile ? | Non | 30 | 26 | 56 |
| | Oui | 25 | 35 | 60 |
| Total général | | 55 | 61 | 116 |

H0 : Avoir été confronté à des maltraitances infantiles durant son exercice professionnel est indépendant du fait d'avoir reçu des formations en pédiatrie.

L'impact de formation en pédiatrie sur la confrontation des MK face à une situation de maltraitance infantile n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test de Chi² montre une p-value = 0,199 et donc une différence non significative.

Avoir été confronté à des situations de maltraitance infantile est indépendant du fait d'avoir reçu une formation en pédiatrie. H0 est non rejeté.

Annexe n°77 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°1 : le coup de poing | Non | 0 | 0 | 0 |
| | Oui | 81 | 35 | 116 |
| | Je ne sais pas | 0 | 0 | 0 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 1 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception qu'un « un coup de poing » est une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 1 et donc une différence non significative. Estimer que l'affirmation n°1 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°78 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°2 : changer la couche de manière brusque | Non | 13 | 5 | 18 |
| | Oui | 47 | 17 | 64 |
| | Je ne sais pas | 21 | 13 | 34 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 2 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception que « changer la couche de manière brusque » est une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Chi² montre une p-value = 0, 474 et donc une différence non significative.

Estimer que l'affirmation n°2 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°79 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°3 : brûlure avec l'eau du bain | Non | 3 | 0 | 3 |
| | Oui | 74 | 32 | 106 |
| | Je ne sais pas | 4 | 3 | 7 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 3 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception qu'une « brûlure avec l'eau du bain » est une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,530 et donc une différence non significative.

Estimer que l'affirmation n°3 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°80 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°4 : négligence vestimentaire | Non | 21 | 4 | 25 |
| | Oui | 44 | 25 | 69 |
| | Je ne sais pas | 16 | 6 | 22 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 4 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception qu'une « négligence vestimentaire » est une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,169 et donc une différence non significative.

Estimer que l'affirmation n°4 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°81 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|--|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°5 : insultes | Non | 0 | 0 | 0 |
| | Oui | 79 | 35 | 114 |
| | Je ne sais pas | 2 | 0 | 2 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 4 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception que des « insultes » sont une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value =1 et donc une différence non significative.

Estimer que l'affirmation n°5 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

Annexe n°82 – Tableau croisé : MK face à une situation fictive de maltraitance en fonction de leur sensibilisation à ce même sujet

| | | Q5 : Avez-vous été sensibilisé au rôle du MK face à la maltraitance infantile ? | | |
|---|----------------|---|-----|---------------|
| | | Non | Oui | Total général |
| Q19 : Selon vous, dans quel(s) cas pouvons-nous parler de maltraitances infantiles ? Affirmation n°6 : la fessée | Non | 11 | 4 | 15 |
| | Oui | 57 | 22 | 79 |
| | Je ne sais pas | 13 | 9 | 22 |
| Total général | | 81 | 35 | 116 |

HO : Estimer que l'affirmation numéro 5 est une maltraitance est indépendant du niveau de sensibilisation des MK concernant les maltraitances infantiles.

L'impact de la sensibilisation aux maltraitances infantiles sur la perception qu'une « fessée » est une forme de maltraitance n'est pas prouvé statistiquement. En effet, un test exact de Fisher (sous-population < 5) montre une p-value = 0,498 et donc une différence non significative. Estimer que l'affirmation n°6 est une situation de maltraitance infantile est indépendant de la sensibilisation des MK aux maltraitances infantiles. H0 est non rejeté.

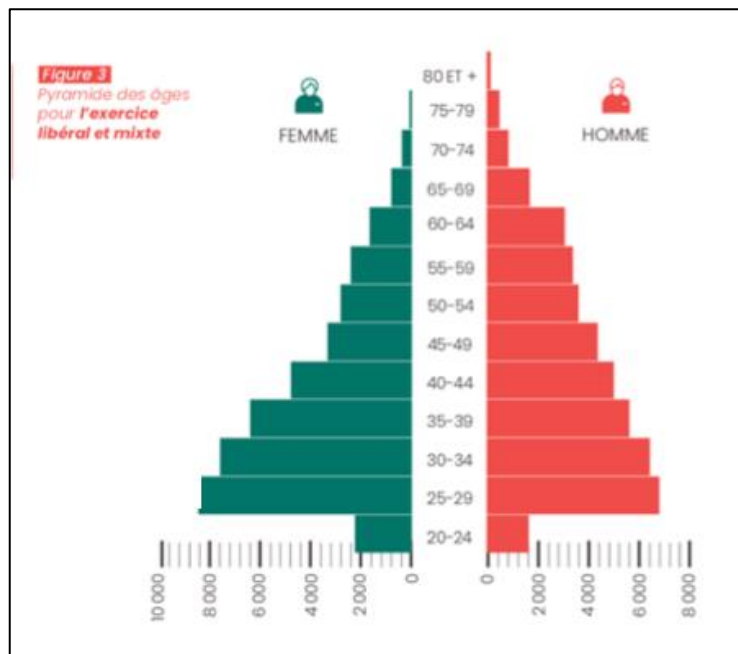
Annexe n°83 – Article R. 4321-80 du code de déontologie des MK

R. 4321-80 Qualité des soins : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.* »

Source : *Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [En ligne]. R. 4321-80 Qualité des soins > ; Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes ; [Consulté le 24 avril 2023]. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-80-qualite-des-soins/>*

Annexe n°84 – Graphiques représentant la répartition par tranche d'âge des MK libéraux à l'échelle nationale versus les MK de notre étude

A l'échelle nationale en 2022, 83 196 MK libéraux étaient recensés :



Source : *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [En ligne]. La démographie des kinésithérapeutes en 2022 ; [Consulté le 25 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/>*

A l'échelle de notre étude, 116 MK libéraux étaient recensés :

