

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

TRAVAILLER EN PÉRINATALITÉ

N°10 - Printemps 2021



QUE NOUS APPREND LE VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES COMPOSANTES DE LEUR INTERVENTION DANS LES SITUATIONS DE SUSPICION DE MALTRAITANCE INFANTILE NON URGENTES ?

Gilles Cornelis¹, Coralie Theys²

Résumé

Les cas de suspicion de maltraitance infantile non urgents engagent les généralistes dans un processus particulièrement complexe. Malgré le rôle important qui leur est attribué dans la prévention de ces abus, les médecins généralistes détectent et signalent encore trop peu les cas de maltraitance infantile. Les freins liés à ce manque de signalement sont explorés dans les écrits scientifiques mais peu de recherches analysent comment les médecins généralistes pratiquent face aux situations de maltraitance. Cette étude tente de déterminer ce qui compose l'intervention des généralistes dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes pour mieux comprendre leur processus de décision et identifier des leviers d'action susceptibles de les soutenir. Pour répondre à notre question de recherche, des entretiens semi-structurés auprès de 6 médecins généralistes pratiquant en Fédération Wallonie-Bruxelles ont été réalisés. Les données des entretiens ont été analysées au

moyen de la méthode par théorisation ancrée. Notre recherche met en évidence quatre catégories qui illustrent les composantes de l'intervention des médecins généralistes face à des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes (S'éveiller sans bruit, Mettre en relation pour lever le voile, On n'est pas pote, Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer). Ces catégories, présentées à la manière d'un dé-zoom progressif, partant du médecin généraliste vers le réseau de soin dans lequel il s'inscrit, ont ensuite été ordonnées dans un schéma permettant la modélisation du processus de décision emprunté par les médecins généralistes. L'analyse de ce processus de décision permet de comprendre les limites du savoir théorique et ce qui fait que la suspicion d'une situation de maltraitance ne suffit pourtant pas pour intervenir. Des programmes de formation adaptés pourraient soutenir adéquatement les généralistes face aux enjeux que ces situations

1 Centre Académique de Médecine Générale (CAMG), UCLouvain, Bruxelles, Belgique.
Contact : gilles.cornelis@uclouvain.be

2 Centre Interdisciplinaire de Recherche sur les Familles et les Sexualités (CIRFASE), UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgique. Au moment de la réalisation de l'étude : Centre Académique de Médecine Générale (CAMG), UCLouvain, Bruxelles, Belgique.



représentent en intégrant les spécificités de leurs interventions mises en évidence par les études qualitatives. Un exemple d'activité pédagogique élaboré sur base des résultats de cette recherche est discuté à la fin de l'article. Plus qu'une simple acquisition de

connaissances et de compétences, de telles formations pourraient contribuer à développer chez les généralistes une posture réflexive, c'est-à-dire une conscience sur le processus de décision difficile dans lequel ils s'engagent.

Mots-clés : Maltraitance infantile, médecine générale, prise en charge, recherche qualitative, théorisation ancrée.

Abstract

Non-urgent cases of suspected child abuse engage general practitioners (GP) in a particularly complex process. Despite their important role in preventing such abuse, general practitioners still detect and report too few cases of child abuse. The barriers to this under-reporting are explored in the scientific literature but there is little research analysing GPs engagement with situations of maltreatment. This study attempts to determine what constitutes GP's intervention in situations of suspected non-emergency child abuse in order to better understand their decision-making process and identify levers for action. To answer this question, semi-structured interviews were conducted with 6 GP practicing in the Wallonia-Brussels Federation. The data from the interviews were analysed using the grounded theory method. This research highlights four categories which emphasize the components of GPs' intervention when faced with situations of suspected non-emergency child abuse. These

categories are presented by progressively broadening our focus from the GP to the health care network in which the practitioner is involved. They are then arranged in a chart which allows the modelling of the decision-making process undertaken by these GPs. The analysis of this decision-making process makes it possible to understand the limits of theoretical knowledge and why suspicion of a situation of abuse is not enough to intervene. Appropriate training programs could adequately support GPs in the complexity of these situations by integrating the specificities of their interventions highlighted by qualitative studies. An example of a pedagogical activity developed on the basis of the results of this research is discussed at the end of the article. More than a simple acquisition of knowledge and skills, such training could contribute to the development of a reflexive posture among generalists, i.e. an awareness of the difficult decision-making process in which they engage.

Keywords : child abuse, general practice, management, qualitative research, grounded theory.



INTRODUCTION

Le médecin généraliste compte parmi les professionnels de santé signalant le moins les cas présumés de maltraitance infantile alors qu'il est considéré comme l'un des acteurs majeurs dans la prévention de ces abus (Vinck et al., 2016). De nombreuses études ont déterminé les freins à ce manque de signalement afin d'améliorer la détection des situations de maltraitance infantile (Flaherty et al., 2008; Gilbert et al., 2009; Koni-jnendijk et al., 2014; Shahhosseini & Azizi, 2017). Cependant, peu de recherches se sont intéressées plus largement à la manière dont les médecins généralistes pratiquent lorsqu'ils sont confrontés à des cas de maltraitance infantile, en termes de processus de décision, de compétences et d'actions (Woodman et al., 2013; Bartelink et al., 2015). Pour soutenir les médecins généralistes face aux attentes de la société et de son système de soin, il semble essentiel de comprendre comment ces professionnels de santé agissent dans la prise en charge de ces situations.

L'étude que nous présentons ici tente de comprendre les dif-

férentes interventions mises en place par les médecins généralistes dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes³. Le choix de se focaliser sur des situations de suspicion non urgentes s'explique par la difficulté diagnostique que ces situations représentent pour les généralistes mais également par le processus, imprégné d'incertitude, dans lequel ils doivent souvent s'engager (Buc-

” Pour soutenir les médecins généralistes face aux attentes de la société et de son système de soin, il semble essentiel de comprendre comment ces professionnels de santé agissent dans la prise en charge de ces situations. ”

kingham & Danio-los, 2013). Notre analyse porte donc sur un phénomène complexe qui s'inscrit, dans la pratique clinique, d'emblée comme un processus à part entière. Certains des aspects de ce processus ont été plus largement décrits, comme le signalement qui semble influencé

par différents facteurs individuels (connaissances, croyances ou expériences du soignant), interpersonnels (la relation du soignant avec la famille, le secret professionnel), organisationnels (manque de communication et de confiance dans le réseau de soin) ou situationnels (caractéristiques de la victime, preuves disponibles) (Shahhosseini & Azizi, 2017). Pour les médecins généra-

3 Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1999), la maltraitance infantile désigne toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences 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 un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

listes, la peur d'un diagnostic incorrect semble être la raison principale du manque de signalement ; renforcée par une crainte de l'impact négatif de celui-ci sur l'enfant, sur sa famille et sur la relation médecin-famille (Regnaut et al., 2015). Cependant, si le signalement est une étape importante dans la prise en charge d'enfants maltraités (Baudart et al., 2010), d'autres auteurs s'inquiètent de ne cristalliser l'action des médecins généralistes qu'au travers de celui-ci (Woodman et al., 2013). En effet, la fréquence importante de la maltraitance infantile, les ressources limitées de prise en charge par le réseau spécialisé et les différents seuils d'actions des divers intervenants (Gilbert et al., 2009) amènent les généralistes à développer une série d'interventions distinctes d'un signalement. Ces interventions comprennent par exemple le suivi des familles et un soutien à la parentalité (Woodman et al., 2013). Des recherches qualitatives analysant comment les généralistes travaillent, décident et agissent dans ces situations de maltraitance, de manière individuelle ou en relation avec le réseau d'aide, se sont donc développées (Tompsett et al., 2010 ; Bartelink et al., 2015).

” Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? ”

Malgré les réponses apportées par celles-ci, il semble persister un besoin de recherche pour connaître comment les médecins généralistes vivent, en pratique, les situations de maltraitance infantile.

Cette recherche s'intéresse donc au vécu du médecin généraliste face à ces situations de maltraitance et est née d'une observation de terrain : souvent savoir⁴ ne suffit pas pour prendre en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile. Si le savoir semble insuffisant pour agir, nous avons formulé l'hypothèse qu'il existe quelque chose en plus qui se joue dans ces situations : des paramètres supplémentaires en relation avec le praticien et qui sont susceptibles de l'influencer. Nous avons donc voulu répondre

à la question de recherche suivante : Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ?

La prochaine section de cet article permettra de se familiariser avec la méthodologie employée : la méthode par théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967) encore peu utilisée dans le domaine de re-

⁴ Par savoir, nous entendons ici la connaissance théorique (par exemple celle des signes, des symptômes ou encore du réseau d'aide psycho-médico-sociale) mais aussi le fait de prendre connaissance de situations où il existe un degré de suspicion de maltraitance. En effet, l'analyse du degré de suspicion de maltraitance infantile chez des médecins montre qu'un degré élevé de suspicion ne suffit pas pour aboutir à une prise en charge (Flaherty et al., 2008).



cherche sur la maltraitance. Cette section présentera une description détaillée de cette méthode et la manière dont nous l'avons opérationnalisée. Nous présenterons ensuite les résultats de la recherche qui seront enfin assemblés et agencés dans la discussion pour mettre à jour les processus réflexifs dans lesquels des généralistes ordinaires - c'est-

à-dire sans rôles ou fonctions spécifiques dans la prévention de la maltraitance infantile - s'engagent lorsqu'ils sont face à des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes. La discussion se terminera par l'identification des leviers pertinents pour soutenir les généralistes dans ces prises en charge complexes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail, né d'une observation de terrain⁵, s'est employé à répondre à la question de recherche suivante : Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? Pour répondre à cette question, nous avons opté pour une approche qualitative inductive permettant d'interroger et d'analyser le vécu des médecins généralistes face à ces situations. Avec une approche inductive, il ne s'agit pas de déterminer et d'interroger a priori les freins

et les difficultés que les médecins généralistes rencontrent dans les cas de suspicion de maltraitance infantile mais bien de comprendre en profondeur leur expérience et leur vécu lorsqu'ils sont confrontés à ces situations. Ainsi, l'analyse par théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967) nous a paru particulièrement indiquée pour réaliser une analyse minutieuse des processus impliqués dans la situation qui nous intéresse ici : la rencontre entre un médecin et une situation d'enfant potentiellement maltraité par le système qui l'entoure.

RECRUTEMENT ET PROFILS DES PARTICIPANTS

Afin de réunir et d'interroger une diversité de profils de médecins généralistes ordinaires, nous

avons sélectionné des généralistes sans rôles ou fonctions spécifiques dans le domaine de la prévention

5 Cette recherche s'est déroulée dans le cadre du Master de spécialisation en médecine générale de l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain). Pour l'obtention du Master, le médecin en cours de spécialisation (assistant en médecine générale) doit réaliser un travail de fin d'étude (TFE) tout en exerçant une pratique clinique de médecine générale. Le choix du sujet de recherche et la manière de l'aborder sont nés de la pratique clinique de médecine générale et des situations de suspicion de maltraitance infantile qui y ont été rencontrées. Cette pratique a fait émerger un premier constat qui a guidé la recherche : souvent savoir ne suffit pas pour prendre en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile. Ce constat, partagé par des collègues et des professeurs généralistes, a été confronté aux données issues de la littérature scientifique et a donné lieu à une recherche de terrain. Cet article reprend donc l'essentiel d'un travail de fin d'étude réalisé pour l'obtention du diplôme de médecin généraliste à l'UCLouvain.

de la maltraitance infantile mais en regardant aux critères suivants : le genre, l'âge, la région d'exercice, le type de pratique (médecin solo, en association ou en maison médicale), le nombre d'années de pratique en médecine générale, la pratique en consultation ONE et l'expérience en tant que maître de stage encadrant des stagiaires ou des assistants. Ces critères ont été retenus en raison des facteurs pouvant influencer l'implication des généralistes dans la prise en charge d'enfants (Makaroff et al., 2014). L'identification et le recrutement de ces médecins généralistes se sont fait à partir du réseau personnel du chercheur réalisant l'étude.

Au total, dix médecins ont été invités à participer à la recherche par téléphone ou par email. La procédure suivie lors de ce premier contact comprenait : une présentation de l'identité du chercheur en tant qu'assistant en médecine générale de l'UCLouvain ; la thématique du travail réalisé, à savoir, le

vécu du médecin généraliste face à la maltraitance infantile; une demande d'entretien individuel comme moyen de collecte des données ; un complément d'informations concernant l'enregistrement de l'entretien et l'obtention du consentement du médecin avec une garantie de son anonymat. Parmi les dix médecins généralistes contactés, six d'entre eux ont accepté de participer à notre recherche. Lors de ces premiers échanges, la problématique de la maltraitance a toujours éveillé un grand intérêt parmi les personnes contactées qui la considéraient comme un sujet concernant particulièrement la médecine générale. La raison principale de refus de participation à la recherche (quatre médecins) était liée à des contraintes logistiques (manque de temps ou indisponibilité aux dates proposées). La figure II (Annexes, figure II : Tableau de profils des participants) présente le profil des médecins généralistes rencontrés.

DÉROULEMENT DES RENCONTRES

Les rencontres avec les médecins se sont toutes déroulées sur leur lieu de travail, dans un climat de confiance, entre février 2018 et avril 2018. Avant de commencer l'entretien, le thème était évoqué une nouvelle fois et la nature de la démarche était présentée. Il était clairement expliqué que les temps de silence étaient bienvenus si une réflexion devait avoir lieu et que, étant donné l'intérêt pour leur propre expérience dans le domaine,

il n'y avait donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il était également mentionné que l'interlocuteur pouvait demander à tout moment l'interruption ou la fin de l'interview sans devoir se justifier. La durée moyenne d'un entretien était de 46 minutes. Lors de ceux-ci, nous avons mené des entretiens semi-dirigés pendant lesquels les participants étaient invités à raconter leur expérience personnelle face aux situations de suspicion de maltraitance



infantile et les différentes étapes qu'ils rencontraient dans la prise en charge de ces situations. Ces entretiens sont dits semi-dirigés car ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien qui reprend des thèmes généraux et des questions ouvertes pour déclencher, orienter et enrichir la discussion prenant place, pendant l'interview, entre le médecin et le chercheur. Les thèmes comprenaient l'expérience du médecin généraliste et sa représentation de la maltraitance infantile, la pertinence du thème pour la médecine générale, les éléments pouvant déclen-

cher une suspicion de maltraitance infantile, les actions réalisées par le généraliste face à une situation de maltraitance, le réseau d'aide impliqué dans la maltraitance infantile, le suivi du jeune en situation de maltraitance et les difficultés personnelles du médecin face à cette problématique. Le guide évoluait au fur et à mesure des rencontres en étant enrichi de nouvelles questions, apparues au cours d'un entretien ou lors de l'analyse de celui-ci. Les rencontres ont toutes été enregistrées et intégralement retranscrites par le chercheur lui-même.

MÉTHODE D'ANALYSE

L'analyse du matériau s'est faite au moyen de la méthode par théorisation ancrée (Glaser et Strauss). Cette méthode d'analyse, issue de la sociologie, s'ancre dans le vécu des personnes interrogées et s'engage à y rester fidèle. Il n'est donc pas question ici d'analyser un vécu en fonction d'idées de recherche préconçues. Dès lors, l'étude produite et la direction qu'elle prend ne sont pas prévisibles. Ainsi, l'analyse favorise l'émergence d'une nouvelle théorie. Par théorie, il faut entendre la définition de Paillé (1994) pour qui théoriser c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière (Paillé, 1994, pp. 149). Les étapes d'analyse ont suivi celles proposées par Lejeune (2014) dans son manuel d'analyse qualitative. Celles-ci sont

le travail d'étiquetage, la mise en évidence des propriétés, la découverte des catégories, leur mise en relation, leur intégration dans un schéma global, la modélisation du phénomène étudié et enfin la théorisation. Concrètement, lors du travail d'étiquetage, chaque entretien a été entièrement codé. Chaque phrase ou groupe de phrases, considérés comme des unités de sens, ont été codés par un mot, un verbe ou un adjectif qui qualifie le mieux ce que l'interlocuteur dit à propos de son expérience ou de son vécu. Dans ce travail de codage, il ne s'agit pas de qualifier ce dont parle l'auteur mais bien de s'interroger sur ce qu'il dit quand il parle d'un élément. Pour chaque entretien, entre 80 et 100 étiquettes ont été produites. L'ensemble de celles-ci a ensuite été analysé afin de sélectionner les plus révélatrices et les plus caractéristiques du phénomène étudié.

Il s'agit dans cette étape de mettre en évidence les propriétés du phénomène étudié et encore inconnu. Ensuite, vient la découverte des catégories. Celles-ci prennent forme progressivement en entrecroisant plusieurs propriétés liées aux vécus des acteurs. Chaque catégorie est donc caractérisée par un ensemble de propriétés qui en révèlent un aspect sans pour autant la définir complètement. La découverte des catégories permet de porter ainsi l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les événements qui se dégagent des données et de pouvoir plus tard théoriser le phénomène étudié qui se dévoile progressivement (Paillé, 1994). La figure III (Annexes, figure III : Processus d'analyse d'un extrait d'entretien)

ASPECTS ÉTHIQUES

En raison de la loi Belge du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine et des directives académiques encadrant en 2017-2018 la réalisation des TFE's du Master de spécialisation en médecine générale de l'UCLouvain, notre recherche n'a pas nécessité de passage par un comité d'éthique, ni de signatures de formulaires de consentement par les participants. Toutefois, un certain nombre de précautions ont été prises et ont guidé les étapes de cette recherche afin de ne pas nuire aux participants. Ces précautions comprennent notamment l'information aux participants sur le sujet et le but de la recherche, un consentement oral, une communi-

propose un exemple de codage d'un extrait d'entretien. Les catégories sont ensuite mises en relation (de manière empirique, spéculative ou théorique) pour être intégrées dans un schéma global d'explication qui va préciser l'objet de l'étude autour d'une thématique commune. La modélisation par ce schéma tente de rendre compte de la dynamique du phénomène. De l'ensemble des étapes précédentes, se dégage progressivement une théorie explicative du phénomène étudié. Les phases d'étiquetage, de recherche des catégories, de mise en relation, d'intégration et de modélisation ont été ponctuées de moments d'analyse collective. Ces moments de partage et de réflexion ont enrichi l'analyse et l'écriture des résultats.

cation claire sur le déroulement des rencontres et l'enregistrement des entretiens, une liberté de participation, un respect de la parole et du vécu des participants, la garantie de l'anonymat par la codification des informations permettant de reconnaître un participant et une série de précautions concernant le stockage des données ainsi que la destruction des enregistrements au terme de la recherche. Une version provisoire de l'article a également été mise à disposition des participants pour relecture avant publication.



RÉSULTATS

L'analyse par théorisation ancrée a fait émerger quatre catégories conceptuelles accompagnées de leurs différentes propriétés décrites ci-dessous. L'ordre de présentation de ces catégories peut s'apparenter à un dé-zoom progressif partant de (1) ce qui se passe dans la tête du médecin ; (2) à comment il peut le confronter au savoir médical, à la consultation codée dont il a l'habitude ; (3) à comment il peut le relier à la famille ; (4) pour finalement inscrire tout cela dans un réseau d'aide plus large, qu'il s'agisse de son réseau de proximité ou des structures spécialisées.

Catégorie n°1 : S'éveiller sans bruit

Cette catégorie illustre un processus silencieux de sensibilisation du soignant à l'égard d'une problématique de suspicion de maltraitance infantile. Cet éveil se base sur ce que les médecins appellent un processus intuitif ou des sensations subjectives associées parfois à un malaise qui fait sortir momentanément le médecin de son schéma de la consultation en cours. L'éveil se déroule en marge et en parallèle de la consultation classique. Ainsi, un mouvement intérieur se déploie et le médecin jongle entre deux consultations simultanées, l'officielle pour laquelle il est sollicité et la clandestine qui

” Processus intuitif
ou des sensations
subjectives associées
parfois à un malaise
qui fait sortir
momentanément le
médecin de son schéma
de la consultation en
cours ”

s'éveille. Pour que ce double mouvement puisse advenir, le médecin doit y être attentif mais sans bruit. La consultation clandestine évolue donc sans mot, dans la tête du généraliste et forme un processus internalisé non communiqué directement au patient. Le soignant est interpellé mais ne le laisse pas transparaître. La mise en place de processus d'évitement ayant comme conséquence l'arrêt ou la mise en veille du processus d'éveil est parfois rapporté. Dans cette catégorie qui marque le début du processus dans lequel les médecins généralistes s'engagent face à une situation de suspicion

de maltraitance, le focus est mis sur la dimension sensorielle. Il s'agit pour le médecin d'être à l'écoute de ses sensations mais également de se laisser imprégner de ce qui se passe. Cette étape est caractérisée par quatre propriétés : la non-demande, le processus d'éveil silencieux, le raisonnement intérieur et la mise en veille.

La non-demande :

Cette propriété restitue le fait que la problématique de la maltraitance n'apparaît pas comme l'objet de la consultation mais se développe, au contraire, en parallèle de celle-ci.

■ *Là où je me suis posé des questions c'est le plus souvent avec le*



silence d'un enfant... ça m'inquiète quand je vois ça... à l'inverse des parents qui inondent de détails pour être sûr de noyer complètement le poisson. (Médecin 2)

Même si certains médecins soulignent comment un phénomène de société a pu faire jaillir une problématique restée jusqu'alors enclavée dans un tabou :

- *Après l'affaire Dutroux c'était si-dérant [...] il y avait une parole très très très libérée par rapport à ça [...] Mais quand t'entends ce que les gens te racontaient, tu te disais putain c'est dingue. (Médecin 3)*

Le processus d'éveil silencieux:

Cette propriété évoque le moteur de la prise de conscience qu'une nouvelle problématique est en train de se dessiner devant le médecin. L'intuition, le feeling, une sensation subjective jouent un rôle essentiel dans ce processus de sensibilisation.

- *C'est plus une sensation que l'on ressent « Tiens, il y a quelque chose qui me met mal à l'aise dans la manière dont cet enfant se comporte » et cetera. (Médecin 5)*

Le raisonnement intérieur:

L'intuition laisse place à une série de questions et d'analyses. Ce processus de raisonnement n'est pas exposé au patient et est, comme la non-demande, caché. Cela se produit dans un double jeu, une consultation dans la consultation à laquelle ne participerait activement que le médecin. Une démarche intellectuelle singulière, une consul-

tation clandestine s'invitant dans le psychisme du médecin.

- *[...] faire comme si ben tout se déroulait de manière tout-à-fait normale [...] La première fois surtout je regarde, j'essaie de m'imprégner de ce que je perçois. (Médecin 6)*

La mise en veille:

Tous les événements inattendus et présents sans bruit mais qui accompagnent le médecin tout au long de sa consultation sont susceptibles, à un certain moment, d'être neutralisés par un processus d'évitement de nature plus ou moins volontaire. Cette mise en veille amène la consultation et le médecin à retrouver une stabilité relative et se traduit par la fin de la consultation clandestine.

- *Inconsciemment peut-être on peut avoir certains comportements d'évitement. De se dire « Ouh j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se passe mais ça me fait peur » [...] Du coup parlons d'autre chose, « et votre bronchite ça va mieux ? » Je pense que ce phénomène là il est assez, il peut être en tout cas fort présent. (Médecin 5)*

Cet extrait montre également comment l'expérience du soignant semble créer une trace mnésique qui risque de cristalliser une attitude prédéfinie comme de la peur, de l'inquiétude, de l'impuissance.



Catégorie n°2 : Mettre en relation pour lever le voile

La catégorie Mettre en relation pour lever le voile montre comment le médecin élabore la situation au départ de l'intuition. Si l'intuition est un premier moteur, le second est un effort de réflexion quant aux éléments qui constitueraient une potentielle situation de maltraitance. Le médecin décode les symptômes et les signes à la lumière des enjeux relationnels entourant l'enfant et, de cette manière, les relationalise. Aborder et travailler la suspicion de maltraitance en consultation, et éventuellement la

” Aborder et travailler la suspicion de maltraitance en consultation, et éventuellement la mettre en évidence, passe par différentes stratégies qui ont pour point commun d'éviter la confrontation avec les patients. ”

mettre en évidence, passe par différentes stratégies qui ont pour point commun d'éviter la confrontation avec les patients. Avec cette deuxième catégorie, le processus débuté par les médecins généralistes se poursuit mais opère déjà une première prise de recul permettant au médecin d'élaborer ses sensations. Cette élaboration se caractérise par les propriétés suivantes : Décodage et relationalisation du symptôme, éviter la confrontation, l'échec de la standardisation et quand la pratique plurielle facilite l'action.

Décodage et relationalisation du symptôme :

Les médecins impliqués dans notre étude ne se limitent pas à la collecte des signes ou symptômes

mais semblent également se tourner rapidement vers le contexte socio-familial de l'enfant. Ils tentent ainsi de décoder comment la maltraitance intervient dans un système en s'interrogeant sur son histoire. A-t-elle une fonction ? Une cause ? Une raison ? Ce décodage de la mal-

traitance les amène à la considérer comme un symptôme d'une souffrance ou d'un dysfonctionnement plus large. Ainsi, plutôt que de rationaliser des faits potentiels de violence, il s'agit de les relationaliser en comprenant les enjeux et leurs inscriptions dans les relations familiales. Et ce faisant,

le médecin commence, lui aussi, à prendre part à ces relations.

- *C'est souvent de génération en génération hein, elle redoutait que son mari à elle n'abuse de ses enfants [...] « mon mari c'est un mec comme mon père qui va abuser des gosses ». Et c'est elle qui finalement a dénoncé le tout, de ce qu'elle avait vécu enfant...c'était elle le symptôme d'entrée, c'était elle qui était déprimée, qui pétait les plombs. Et c'est après nos entretiens ici qu'elle a fait appel à l'aide pour ses enfants et de fil en aiguille le tout est sorti. (Médecin 2)*

Eviter la confrontation :

Il apparaît qu'au moment de lever le voile, le médecin généraliste a différentes techniques pour aborder

la suspicion de maltraitance. Toutefois, les interviews mettent en avant que le généraliste tend à tout faire pour éviter la confrontation par crainte de rompre le lien avec la famille, puisque cela conditionne en retour les possibilités d'action en consultation.

- *Le but c'est quand même de maintenir un climat relationnel et d'expression. Mais si les parents ont l'impression qu'on est en train d'être inquisiteur ils ne viendront plus à la consultation...(silence)* (Médecin 6)

L'échec de la standardisation :

Les situations de suspicion de maltraitance mettent en échec la standardisation du modèle médical comme le temps de consultation court ou l'approche centrée sur la maladie. Elles mettent également en tension des repères pourtant fondamentaux de la profession. L'extrait ci-dessous à propos du secret professionnel montre en effet comment des balises de la pratique médicale peuvent être perçues comme un obstacle dans ces situations.

- *Le secret professionnel faut pas trop s'en encombrer non plus [...] qu'est-ce qui prime : la protection de l'enfant ou un article de loi qui d'ailleurs ne sanctionnera pas le médecin s'il a fait une démarche.* (Médecin 2)

Quand la pratique plurielle facilite l'action:

Enfin, le type de pratique médicale semble influencer les capacités du généraliste à prendre en charge

une situation de suspicion de maltraitance et à lever le voile sur celle-ci. En effet, la présence de psychologues dans une pratique de groupe ou le fait de recevoir en consultation ONE sont des facilitateurs pour lever le voile.

- *Aussi le fait ici qu'on travaille en équipe pluridisciplinaire. C'est vrai qu'on a une psychologue, qu'on a une assistante sociale et cela donne parfois un levier intéressant...* (Médecin 5)

Catégorie n°3 : On n'est pas pote

Le nom de cette catégorie, extrait du matériau d'analyse, résonne comme un avertissement d'un médecin envers un patient. Mais, on n'est pas pote révèle aussi, à la manière d'un aveu involontaire, la tension entre l'engagement dans la relation thérapeutique et le maintien d'une posture professionnelle. Cette rencontre avec les limites du cadre médical se retrouve chez les différents médecins interrogés. Il semble en effet que pour comprendre une situation de suspicion de maltraitance, il ne suffit pas au médecin d'inviter le patient dans sa sphère médicale mais que cela implique, au contraire, pour le médecin, de rentrer dans le système entourant l'enfant. Le médecin s'aventure alors dans ce monde inconnu à l'aide d'une relation de confiance médecin-patient. Les liens ainsi créés nourrissent, dans les entretiens, l'espoir d'influer positivement sur la situation de suspicion de maltraitance au risque, pour le médecin, de s'identifier à certaines parties du



système. Cet écueil de l'identification peut cependant parfois être évité si le médecin est confronté à des systèmes familiaux, sociaux, culturels trop différents des siens. Le décalage entre ses propres valeurs et règles et celles auxquelles il fait face peut alors produire un choc des systèmes qui peut entraver le travail du médecin.

En poursuivant notre dé-zoom, le champ s'élargit et nous capturons dans l'objectif la relation complexe que le médecin généraliste entretient avec le système entourant l'enfant. Cette troisième catégorie est caractérisée par trois propriétés : des liens qui libèrent, les processus d'identification et le choc des systèmes.

Des liens qui libèrent :

Un lien thérapeutique de qualité avec l'enfant et son entourage maximise le sentiment d'efficacité des médecins généralistes interrogés en les libérant dans leur faculté d'aborder et d'explorer la problématique. Ce lien créé permet au médecin de parler plus librement mais également au patient de s'exprimer davantage.

- *C'est vraiment une alliance que tu dois faire avec lui, « Allez fais-moi confiance ». C'est la clef du succès. [...] sans confiance tu peux soigner personne hein. Faut pas rêver. (Médecin 3)*

Les processus d'identification :

La place importante de la relation thérapeutique conduit le médecin à se familiariser avec les différents proches de l'enfant. En fonction d'une sensibilité personnelle ou de son processus de socialisation, le médecin peut être plus attentif à certains éléments. Ainsi, il peut s'identi-

fier dans certains cas plus facilement à la détresse d'un enfant ou à celle de sa famille. Cette identification peut conduire le médecin dans des conflits de loyauté comme le montre l'extrait ci-dessous :

- *Un pédiatre qui ne travaille que dans l'intérêt du jeune va se sentir beaucoup plus légitime d'aller signaler [...] si on signale, ben on sait qu'on va potentiellement détruire le lien qu'on a construit avec les parents. (Médecin 4)*

Le choc des systèmes :

Faire face au système dans lequel évolue l'enfant, c'est aussi faire face aux valeurs et aux règles familiales, sociales et culturelles qui le constituent. Les généralistes de notre étude le soulignent en mettant en évidence le décalage possible entre ces valeurs et les leurs. Ceci peut conduire à un choc avec le système du soignant. En effet, le médecin peut ne pas être capable d'imaginer ou d'appréhender telle ou telle valeur, réalité, dans son approche globale de la situation. On



n'est pas pote mais également on ne naît pas pote : d'emblée, nous n'appartenons pas aux mêmes systèmes et ceux-ci peuvent s'entrechoquer.

- *Quand on voit la famille avec la gamine qui a son problème rénal là où le père est un, à mon avis, un cortex simiesque plutôt qu'humain... tu dois marcher sur des œufs[...] ça a pris une heure pour décoder et cerner un peu le gars, s'en faire un allié. (Médecin 3)*

Catégorie n°4 : Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer

Les généralistes interrogés s'accordent sur la nécessité d'une aide psychosociale dans la prise en charge des situations de maltraitance. Cependant, cette aide se traduit le plus souvent par le recours au réseau d'aide non spécialisé que nous appellerons le réseau de proximité. Les médecins ne se tournent donc pas en première intention vers le réseau officiel pour une expertise spécialisée malgré leur éventuel sentiment d'impuissance. Ce phénomène s'explique par la place importante de la dimension relationnelle dans la formulation de la demande d'aide, au détriment d'une véritable mise en mots de la situation. Cette catégorie clôture notre dé-zoom en mettant le généraliste en lien avec le réseau de soin. Deux propriétés la caractérisent : le transfert rela-

” Ce phénomène s'explique par la place importante de la dimension relationnelle dans la formulation de la demande d'aide, au détriment d'une véritable mise en mots de la situation. ”

tionnel et quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance.

Le transfert relationnel :

Le choix du réseau de proximité semble se faire par la possibilité qu'il offre de transférer le patient dans une continuité relationnelle. Le médecin étant lui-même en collaboration étroite avec son réseau mais également avec son patient, il tisse un chemin relationnel confortable pour le patient. Le médecin fait glisser le patient vers le réseau de proximité en nommant les intervenants et en montrant les relations de travail qu'il entretient avec ceux-ci. Le patient devient entouré par un système d'aide qui lui semble familier.

- *Tu vas aller voir Véronique [nom d'emprunt] l'assistante sociale. [Simule question du patient] « Tu la connais ? » Ben oui je la connais bien, viens je vais te conduire dans son bureau... on transfère le patient. Moi, il y a des patients avec qui je vais à la première consultation chez le psy. (Médecin 3)*

Quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance :

A la lecture des entretiens, tout se passe comme si le fait de contacter le réseau officiel revenait à faire exister la maltraitance. Nommer la souffrance d'un enfant, la prendre en compte et lui apporter de l'aide sous forme de soutien dans le réseau de proximité ne serait pas synonyme



d'un diagnostic de maltraitance infantile. A l'inverse, contacter le réseau officiel, mandaté pour prendre en charge de telles situations, revient à faire exister la maltraitance dans le cabinet de consultations du généraliste. Contacter le réseau officiel, c'est reconnaître la maltraitance comme une problématique avec laquelle le médecin va devoir travailler.

- *[...]Moi, finalement, alors que généralement cliniquement je suis assez à l'aise avec mes intuitions, dans ces situations-là j'ai peur de mes intuitions et effectivement prendre mon téléphone... (Médecin 4)*

De plus, il apparaît que lorsque le médecin ose porter l'étiquette de la suspicion de maltraitance jusqu'au réseau spécialisé, il existe un délai avant que le réseau intervienne. Un sentiment de solitude est alors souvent présent.

- *Ce décalage entre le moment où on donne l'alerte et le moment où les choses se mettent en place où là on est un peu mal à l'aise... ça m'a demandé quand même un effort personnel de faire la démarche et puis après ouh ça met du temps quoi ! (Médecin 5)*

Le signalement fait donc exister la maltraitance avec comme conséquence que celle-ci doit être prouvée. En effet, le médecin doit produire parallèlement à l'expression de la maltraitance, l'existence de preuves la justifiant afin de faire le signalement. Cette difficulté à fournir des preuves ou le fait que,

malgré leur existence, cette étape de signalement marque un seuil difficile à franchir peut ralentir ou dissuader la prise de contact avec le réseau spécialisé. Il peut en résulter l'attente d'éléments jugés catastrophiques par le médecin pour franchir ce seuil de signalement, comme l'illustre l'extrait suivant :

- *C'est quand j'ai appris que ses parents savaient qu'elle avait été abusée par des gens plus âgés qu'elle, que je me suis dit, là ça va pas, je vais appeler quoi. Catastrophique là. Donc on est déjà un peu loin, déjà un peu tard. (Médecin 1)*

Contrairement au réseau officiel, celui de proximité travaillera à la situation de suspicion de maltraitance que les preuves soient présentes ou non, liées ou non. Il apparaît également que c'est le réseau de proximité qui pourra éventuellement fournir des preuves pour un signalement ultérieur, ce qui à la fois décharge le médecin mais aussi le renforce dans ses possibilités d'actions pour un meilleur travail de celui-ci.

- *Bon l'assistante sociale et la psychologue ont un peu plus de temps et certainement plus de compétences... ce monitoring permet parfois de passer plus vite alors à une étape supérieure. (Médecin 5)*

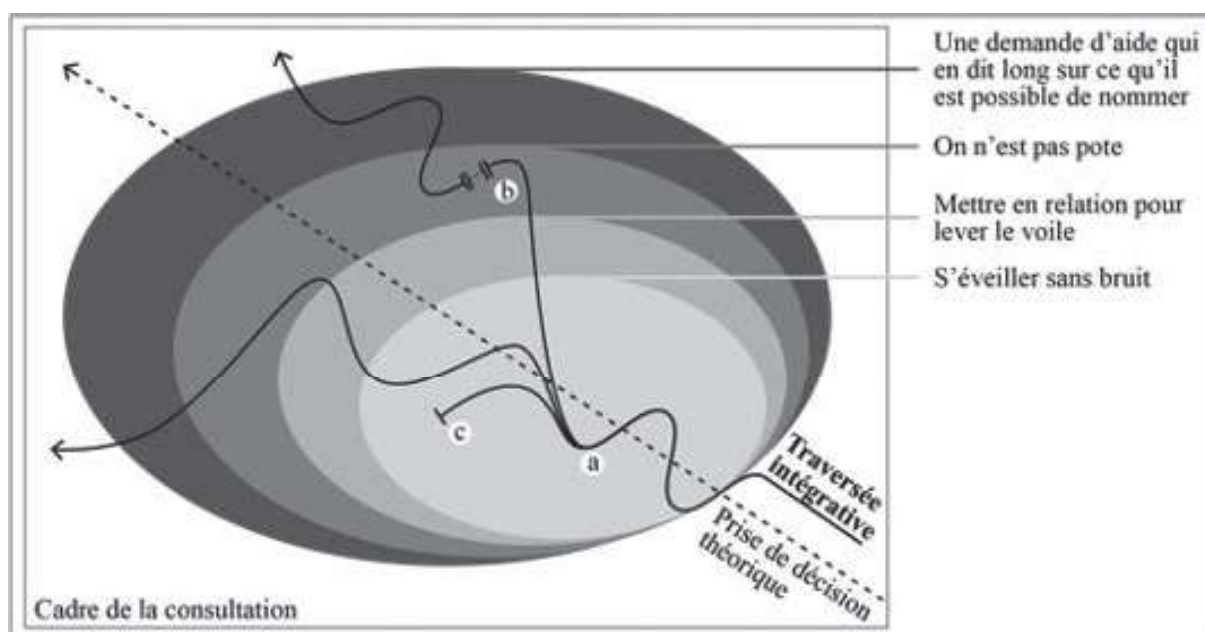
Discussion

Les résultats de notre étude qualitative définissent quatre catégories dévoilant les spécificités du vécu des médecins généralistes face à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente. Ces catégories, bien distinctes, sont

étroitement enchevêtrées et représentent des composantes de leur intervention qui, nous le verrons, peuvent influencer le processus de décision. En pratique, il n'y a pas de réelles séparations, ni d'ordre séquentiel. Néanmoins, lors de l'analyse des résultats, ceux-ci se sont inscrits et ordonnés à la manière d'un dé-zoom progressif partant de ce qui se passe à l'intérieur de la

tête du médecin généraliste jusqu'au réseau d'aide dans lequel ce dernier s'inscrit. La figure I illustre l'agencement des différentes catégories et la manière dont deux processus de décision (la prise de décision théorique et la Traversée intégrative) les parcourent en vue de pouvoir intervenir dans le cas d'une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente

Figure I : Schéma du processus de décision



Les quatre catégories sont présentes dès le début de la rencontre avec le patient (le cadre de consultation) et résonnent à l'appel d'une situation de suspicion de maltraitance ; parallèlement au savoir théorique et à l'expérience du soignant. Le médecin traverse l'ensemble des catégories et des propriétés dont certaines résonnent plus que d'autres selon le praticien et la situation. La résultante est une traversée intégrative qui constitue le processus réel de décision. Cette traversée est intégrative car elle voyage au travers de tout

l'ensemble et portera dès lors les traces des rencontres avec chaque propriété. Ces propriétés peuvent potentiellement se transformer en enjeux venant modifier (a), ralentir (b) ou stopper (c) le processus de décision. Ces enjeux, qui résultent du processus dans lequel les généralistes s'engagent lorsqu'ils sont confrontés à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente, composent leur intervention et peuvent les amener à considérer que le Savoir ne suffit pas pour porter la décision théorique linéaire que ce Savoir prescrit. Le



moment de la décision ne relèvera pas de ce seul champ-là, il y a un trou que le Savoir ne comble pas et il faudra trancher malgré tout. Lebrun (Lebrun, 2005), qui amène cette réflexion à propos de la maltraitance infantile, énonce que Décider c'est s'excepter du Savoir pour prendre une décision, amenant le soignant à occuper une place d'exception.

La méthode par théorisation ancrée a permis de construire, sur base du vécu des médecins généralistes, un processus (la traversée intégrative) qui se distingue des résultats obtenus par les recherches précédentes. En effet, nous avons considéré et analysé les situations de suspicion de maltraitance comme un phénomène social complexe où un médecin rencontre un enfant à la fois dépendant et potentiellement maltraité par le système qui l'entoure. Cette rencontre perturbe et dérange les généralistes car ils sont en manque de repères dans ces situations où leur fonctionnement habituel de praticien ne fonctionne pas, voire dysfonctionne. Tout en s'écartant des études précédentes sur le sujet, notre recherche partage également certaines similarités. En effet, la place de l'intuition, le vécu difficile de l'incertitude, la présence de conflits de loyauté entre le médecin et la famille et le manque de

confiance et de collaboration avec le réseau spécialisé sont décrits et parfois élaborés dans la littérature (Tompsett, 2010). Ces thèmes préexistants enrichissent la compréhension de nos propriétés, qui en retour, peuvent développer certains de leurs aspects. Une étude belge (Vinck et al., 2016) qui se penche sur les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge de la maltraitance infantile met en avant des résultats proches des catégories et des propriétés avancées au sein de ce travail. Cependant, il semble que nos résultats accen-

” En effet, nous avons considéré et analysé les situations de suspicion de maltraitance comme un phénomène social complexe où un médecin rencontre un enfant à la fois dépendant et potentiellement maltraité par le système qui l'entoure. ”

tuent la compréhension de ces difficultés et de comment elles viennent interpeller le médecin généraliste et modeler son action en pratique clinique. Ainsi, nous parlons d'échec de la standardisation pour interpréter le manque de temps et de moyens invoqués par les généralistes; d'un processus

d'éveil silencieux et d'une mise en veille pour détailler le manque de capacités pour détecter ces situations; d'une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer pour expliquer le peu de connaissance du réseau par les médecins et de processus d'identification et de choc des systèmes pour décrire la proximité avec les familles (Vinck et al., 2016). Il nous apparaît que c'est en spécifiant ces difficultés qu'il est alors possible d'imaginer des



moyens susceptibles d'aider les généralistes. C'est sur la base de cette réflexion que nous reconsidérons la proposition de mettre à disposition des médecins légistes pour aider les médecins généralistes (Vinck I., 2016). Si cette aide peut effectivement pallier au manque de compétences des généralistes dans l'établissement d'un diagnostic, elle semble faire l'impasse sur certains processus en jeu dans ces situations. En effet, s'il est déjà difficile pour les médecins généralistes de parler de la maltraitance, redoutant les conséquences pour l'enfant et pour la relation à la famille, mais également de la nommer auprès d'instances spécialisées (une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer), on comprend qu'il restera difficile pour le généraliste de faire appel au médecin légiste qui, par son titre, fait référence à un cadre légal et fera donc exister officiellement la maltraitance. Les résultats de notre étude permettent, selon nous, de considérer que ce qui manque aux généralistes, c'est bien des balises pour intervenir. Ces balises doivent être orientées par une autre manière de faire profession,

” En effet, s'il est déjà difficile pour les médecins généralistes de parler de la maltraitance, redoutant les conséquences pour l'enfant et pour la relation à la famille, mais également de la nommer auprès d'instances spécialisées (une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer), on comprend qu'il restera difficile pour le généraliste de faire appel au médecin légiste qui, par son titre, fait référence à un cadre légal et fera donc exister officiellement la maltraitance. ”

basée sur des impressions, des sensations qu'il faut mettre à jour et partager tout en manipulant autrement des concepts et des pratiques pourtant bien ancrés dans l'exercice de la médecine. Le passage du secret

professionnel vers le secret professionnel partagé est un bon exemple de cette autre manière de faire profession qui prend en compte la nécessité du travail en réseau dans des cliniques aussi complexes que les situations de suspicion de maltraitance infantile.

L'existence de cette traversée intégrative empruntée par les généralistes amène à nous intéresser aux actions ou aux compétences spécifiques qui s'y développent et donc aux manières dont on peut soutenir les médecins. Ces actions semblent s'orienter vers l'enfant, vers sa famille ou vers les

autres services psycho-médico-sociaux et sont de différents types : le maintien d'un état de vigilance, le soutien des familles, le coaching des parents, l'apport de soins adéquats à l'enfant et la collaboration avec d'autres services (par exemple les centres PMS, les SPSE, les équipes



SOS Enfants,...) (Woodman et al., 2013). Si ces actions ne paraissent pas éloignées du travail quotidien des généralistes à l'égard d'autres problématiques (ex. maladie chronique), elles mettent en exergue la maîtrise de compétences médicales dites de base : gestion de l'incertitude, démarche diagnostique, communication médecin-patient, travail interdisciplinaire (Woodman et al., 2013). Les résultats de notre recherche contribuent à situer ces actions et ces compétences dans le processus de décision complexe emprunté par les généralistes lorsqu'ils sont confrontés à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente.

Pour soutenir les professionnels de santé dans le diagnostic et la prise en charge des situations de maltraitance infantile, des études suggèrent l'utilisation de procédures standardisées et de guidelines et la formation des professionnels de la santé (Gilbert et al., 2009). Bien que nécessaire, les preuves d'efficacité de ces mesures en pratique clinique de première ligne semblent insuffisantes, ce qui limite leur utilisation à ce jour. En effet, les procédures standardisées (formulaire et checklists) manquent de spécificité (Bailhache et al., 2013), l'adhérence aux guidelines semble faible (Konijnendijk et al., 2014) et il n'existe pas de preuve de répercussions concrètes des formations en pratique clinique malgré des résultats prometteurs dans les autoévaluations des médecins (Carter et al., 2006). Si la formation est considérée comme

un des piliers pour la prévention de la maltraitance infantile, beaucoup de médecins ont eu peu ou pas de formation formelle (Christian, 2008). De manière générale, le cursus universitaire est jugé inadéquat, particulièrement chez les assistants en spécialisation de médecine générale par rapport aux autres spécialités (urgences et pédiatrie) (Starling et al., 2009). Malgré l'absence d'un modèle de référence pour former les médecins, certains critères de qualité existent : des cours se focalisant sur une catégorie spécifique de médecin, une crédibilité grâce à une identité institutionnelle (Christian, 2008), une approche multidisciplinaire, le recours à différents supports pédagogiques (Turner et al., 2007) et l'utilisation de feed-back pendant des exercices de mise en situation (Powell et al., 2008). Ces critères peuvent être complétés par ce que les généralistes attendent de ces formations : une animation réalisée par des agences et des services plus spécialisés (ex. une équipe SOS Enfants), une vision de la prise en charge qui ne se limite pas à l'étape de signalement et une approche centrée sur la pratique avec à la fois des aspects réflexifs et des objectifs concrets (Tompsett et al., 2010).

Les résultats des recherches qualitatives peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de la qualité des formations des généralistes. En effet, ces recherches déterminent les actions, les compétences mais également les processus de décision et les freins impliqués dans la prise



en charge de cliniques complexes comme la maltraitance infantile. Il serait donc important d'étudier comment intégrer les résultats de ces recherches dans l'élaboration de programmes pédagogiques ou de formations à la mesure du vécu des généralistes. C'est en suivant cette réflexion qu'un exercice de simulation d'appel téléphonique à une équipe SOS Enfants a été intégré dans le cursus du Master de spécialisation de médecine générale de l'UCLouvain. Cet exercice a été pensé en fonction des difficultés et des leviers identifiés dans la recherche. Il débute par un cas clinique initial où il n'y a pas d'éléments flagrants de maltraitance. Les assistants en médecine générale doivent de ce fait se baser sur un malaise, une intuition, pour débiter leur analyse du cas (Le processus d'éveil silencieux). Cette analyse est réalisée en petit groupe pour que les assistants expérimentent le travail en équipe et la complexité du dialogue qui y a lieu : comment parler de son état de suspicion, de ce qui interpelle ? (Quand la pratique plurielle facilite l'action). Au cours de l'exercice, des informations supplémentaires sur le cas sont progressivement données aux assistants en fonction des questions qu'ils se posent. Ces informations les amènent à s'intéresser à l'importance du contexte de la situation de suspicion de maltraitance (Décodage et relationnalisation du symptôme). Ce faisant, ils explorent le système entourant l'enfant, ce qui permet d'évoquer la place difficile du généraliste face aux familles (Les processus d'iden-

tification et Le choc des systèmes). L'exercice se clôture enfin par une mise en commun des analyses des petits groupes, des diagnostics différentiels et du besoin de se faire aider dans cette situation (Le transfert relationnel). Une simulation d'appel à une équipe SOS Enfants est alors proposée. Cette simulation est réalisée en partenariat avec un membre d'une équipe SOS Enfants qui a l'habitude de faire des permanences. Le contact téléphonique finalise bien l'exercice car il oblige la réalisation délicate d'un résumé du cas afin de se faire comprendre par un interlocuteur extérieur en nommant toutes les observations et le degré de suspicion de maltraitance (Quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance). Est-ce une perspective susceptible d'améliorer les compétences des généralistes ? Jusqu'à les amener à développer une posture réflexive sur ces prises en charge délicates ? Cette posture réflexive permettrait au professionnel de s'engager en conscience dans la traversée intégrative proposée dans cette étude pour accueillir, comprendre et supporter les enjeux qu'ils rencontrent afin d'améliorer le vécu de ces situations.



LIMITES

Cette étude a tenté de décoder le vécu des généralistes confrontés à des situations de suspicion de maltraitance pour en extraire une théorie sur ce qui compose leur intervention. Les résultats doivent cependant être interprétés à la lumière de certaines limitations. La récolte d'informations par des entretiens individuels est une méthode indiquée lorsque le sujet exploré est délicat ou sensible. Toutefois, l'organisation de focus groupes en complément des entretiens aurait pu trianguler et enrichir l'information récoltée. Le nombre relativement restreint de participants n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. La saturation des données est le moment où un entretien supplémentaire n'apporte plus de nouvelles informations par rapport aux précédents. Il est donc probable que des entretiens supplémentaires auraient précisé et raffiné certaines

catégories ou propriétés. Enfin, le choix de se focaliser sur les perceptions et les sensations des généralistes limite naturellement la description de ces prises en charge. Les situations de maltraitance infantile impliquent en général de nombreux acteurs différents du système de soin. S'il semble important d'analyser les pratiques individuelles pour les améliorer, ceci doit se faire aussi dans une perspective de mise en relation pour comprendre comment les pratiques collectives prennent place et fonctionnent sur le terrain. La compréhension de ces pratiques collectives, à travers les processus et les enjeux qu'elles renferment, est primordiale pour améliorer la prise en charge des situations de suspicion de maltraitance. L'étude présentée dans cet article conceptualise, schématise et modélise une pratique individuelle qui s'inscrit en réalité dans un travail de réseau.

CONCLUSION

La méthode de recherche par théorisation ancrée a permis une mise en relief des processus impliqués dans la prise en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes en médecine générale. La traversée intégrative dans laquelle le médecin s'engage face à ces situations implique en effet quatre catégories qui sont : S'éveiller sans bruit, Mettre en relation pour lever le voile, On n'est pas pote, Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer. Celles-ci soulèvent, cha-

cune à leur niveau, des difficultés que la pratique de médecine générale rencontre dans ces situations et qui sont autant d'enjeux qu'il est nécessaire de comprendre et d'intégrer pour soutenir l'action des généralistes. Des formations adaptées aux médecins généralistes et s'appuyant sur les enjeux mis en évidence par les recherches qualitatives pourraient aider adéquatement les généralistes dans leur pratique.

ANNEXES :

Figure II : Tableau de profils des participants

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5	Médecin 6
Genre	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme
Expérience	< 5 ans	20 ans <	10 - 15 ans	< 5 ans	5 - 10 ans	20 ans <
Pratique	Association	Solo	Maison médicale	Maison médicale	Maison médicale	Maison médicale
Pratique ONE	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Maître de stage	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Localisation	Brabant-Wallon, milieu urbain	Brabant-Wallon, village	Wallonie (Ouest), milieu urbain	Bruxelles	Wallonie (Sud), milieu rural	Bruxelles

Figure III : Processus d'analyse d'un extrait d'entretien

« C'est d'ailleurs difficile à aborder en consultation. Les gens n'en parlent pas. Je pense qu'il y a beaucoup plus de cas que ce que l'on ne voit vraiment. »

Étiquette

« On ne me demande rien »

Cette étiquette révélatrice d'un phénomène plus grand a été sélectionnée et reformulée pour devenir une propriété pouvant regrouper différents extraits d'entretiens.

Propriété

« La non demande »

Cette propriété a enfin été associée à d'autres propriétés pour progressivement définir une catégorie conceptuelle.

Catégorie

« S'éveiller sans bruit »



RÉFÉRENCES

- Bailhache, M.; Leroy, V. ; Pillet, P. & Salmi, L.-R. (2013). Is early detection of abused children possible? : a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, 13: 202-212.
- Bartelink, C.; van Yperen, T. & ten Berge, I. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49: 142-153.
- Baudart ; Cabay ; Corman ; De Maere ; Demarteau ; Dewulf ; Dogne, Druant, Gengoux, Gobin, Gougard, Grosjean, Hansen, Jacquet, Janssens, Jeusette, Karler, Margraff, Mesbahi & Miessen. (2010). *Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance*. Retrieved from https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Brochures/Que-faire-si-je-suis-confronte-a-une-situation-de-maltraitance-d-enfant.pdf
- Buckingham, E. T. & Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Curr Psychiatry Rep*, 15(2): 342-348. doi:10.1007/s11920-012-0342-3
- Carter, Y. H.; Bannon, M. J.; Limbert, C.; Docherty, A. & Barlow, J. (2006). Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child*, 91(9): 740-743. doi:10.1136/ad.2005.092007
- Christian, C. W. (2008). Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics*, 122 (S1): 13-17. doi:10.1542/peds.2008-0715f
- Dekker, N.; Smets, K.; Kaïret, K. & Peremans, L. (2014). *Recommandations de Bonne Pratique: Maltraitance infantile*. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). https://www.ssmg.be/wpcontent/images/ssmg/files/PDF/RBP_maltraitance_infantile_2014.pdf
- Gilbert, R.; Kemp, A.; Thoburn, J.; Sidebotham, P.; Radford, L.; Glaser, D. & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658): 167-180. doi:10.1016/s0140-6736(08)61707-9
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago. Aldine Publishing
- Flaherty, E. G.; Sege, R. D.; Griffith, J.; Price, L. L.; Wasserman, R.; Slora, E.; ... Binns, H. J. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, 122(3), 611-619. doi:10.1542/peds.2007-2311
- Konijnendijk, A. A.; Boere-Boonekamp, M. M.; Haasnoot-Smallegange, R. M. & Need, A. (2014). A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *J Eval Clin Pract*, 20(4): 417-424. doi:10.1111/jep.12155
- Lebrun, J.-P. (2005). Engagement, décision et acte. Dans Cartuyvels, Y. ; Collin, F. ; de Munck, J. ; Mugnier, J.-P. ; Sauret, M.-J. & Lebrun, J.-P. (2005). *Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles*. Bruxelles, Coordination de l'aide aux victimes de Maltraitance. <https://www.yapaka.be/professionnels/publication/engagement-decision-et-acte-dans-le-travail-avec-les-familles-yves-cartuy>
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Makaroff, L. A. ; Xierali, I. M. ; Petterson, S. M.; Shipman, S. A. ; Puffer, J. C. & Bazemore, A. W. (2014). Factors influencing family physicians' contribution to the child health care workforce. *Ann Fam Med*, 12(5), 427-431. doi:10.1370/afm.1689
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23: 147-181.
- Powell, M. B.; Fisher, R. P. & Hughes-Scholes, C. H. (2008). The effect of intra-versus post-interview feedback during simulated practice interviews about child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 32: 213-227. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.002



- Regnaut, O. ; Jeu-Steenhouwer, M. ; Manaouil, C. ; & Gignon, M. (2015). Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. *BMC Res Notes*, 8: 620-625. doi:10.1186/s13104-015-1607-9
- Shahhosseini, Z. & Azizi, M. (2017). Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals: A narrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(3): 110-116. doi:10.4103/jnms.Jnms_3_17
- Starling, S. P., Heisler, K. W., Paulson, J. F., & Youmans, E. (2009). Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics*, 123(4): e595-602. doi:10.1542/peds.2008-2938
- Tompsett, H.; Ashworth, M.; Atkins, C.; Bell, L.; Gallagher, A.; Morgan, M.; Neatby, R. & Wainwright, P. (2010). *The Child, the Family and the GP: Tensions and conflicts of interest in safeguarding children*. Kingston University, St Goerges University of London. <https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/21149/1/Tompsett-H-21149.pdf>
- Turner, W.; Hester, M.; Broad, J.; Szilassy, E.; Feder, G.; Drinkwater, J.; Firth, A. & Stanley, N. (2017). Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Rev*, 26(1): 19-39. doi:10.1002/car.2385
- Vinck I., C. W., Jonckheer P., Veereman G., Kohn L., Dekker N., Peremans L., Offermans A-M., Burzykowska A., Roland M. (2016). *Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? – Synthèse*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_269Bs_Maltraitance_infantile_en_Belgique_0.pdf
- Woodman, J.; Gilbert, R.; Allister, J.; Glaser, D. & Brandon, M. (2013). Responses to concerns about child maltreatment: a qualitative study of GPs in England. *BMJ Open* : 3 :1-13. doi:10.1136/bmjopen-2013-003894
- World Health Organisation. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention* (Document WHO/HSC/PVI/99.1). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>