

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PEDIATRY

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé

Thèse présentée et soutenue en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale par :

TSIMI Michelle Sandra

Matricule : 17M023

Directeur :

Pr KOKI NDOMBO Paul Olivier
Professeur Titulaire
Pédiatrie

Codirecteurs :

Pr NSEME ETOUCKEY Éric
Maitre de Conférences
Médecine Légale

Dr MEGUIEZE Claude-Audrey
Maître-Assistant
Pédiatrie

Année académique 2023-2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PEDIATRY

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé

Thèse présentée et soutenue en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale par :

TSIMI Michelle Sandra

Matricule : 17M023

Date de soutenance : 28 juin 2024

Jury de thèse :

Président
Pr ESSI Marie-José
Anthropologie médicale

Rapporteur
Pr KOKI NDOMBO Paul Olivier
Pédiatrie

Membres
NGONGANG Gilbert Frank Olivier
Médecine légale

Equipe d'encadrement :

Directeur
Pr KOKI NDOMBO Paul Olivier
Pédiatrie

Co-directeurs
Pr NSEME ETOUCKEY Éric
Médecine légale
Dr MEGUIEZE Claude-Audrey
Pédiatrie

Année académique 2023-2024

PRELIMINAIRES

Table des matières

DEDICACES	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vii
SERMENT D'HIPPOCRATE	xviii
LISTE DES TABLEAUX	xxiii
LISTE DES FIGURES	xxiv
LISTE DES ABREVIATIONS	xxv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	3
I.1. Justification	4
I.2. Question de recherche	4
I.3. Hypothèse de recherche	4
I.4. Objectifs	4
I.5. Définition des termes opérationnels	5
I.6. Intérêt de l'étude	6
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
II.1. LES MALTRAITANCES INFANTILES	8
A-GENERALITES	8
B-ETUDE CLINIQUE	11
C-DIAGNOSTIC	21
D-PRISE EN CHARGE	22
II.2. ETAT DES PUBLICATIONS	24
A-CONNAISSANCES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS	24
B-ATTITUDES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS	26
C-PRATIQUES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS	28
D-COMPORTEMENTS LIES A LA SANTE	29

E-METHODOLOGIES UTILISEES	30
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	32
III.1. Type d'étude	33
III.2. Lieu de l'étude	33
III.3. Justification des lieux d'études	33
III.4. Durée de l'étude.....	33
III.5. Population d'étude	33
III.6. Echantillonnage	33
III.7. Procédure	34
III.8. Synthèse et Analyse statistique des données	35
CHAPITRE IV : RESULTATS	38
CHAPITRE V : DISCUSSION	59
CONCLUSION	67
RECOMMANDATIONS	69
REFERENCES	71
ANNEXES	75

DEDICACES

A mes chers parents

TSIMI Abdon Joseph Léonard

et

NGA Solange Angèle Epouse TSIMI

REMERCIEMENTS

Parvenus au terme de la rédaction de ce travail de recherche qui marque en même temps la fin de notre formation de Médecin Généraliste, nous tenons à remercier tout d'abord **LA TRES SAINTE TRINITE** par qui nous vivons et qui a rendu la rédaction de ce travail possible.

Nos remerciements s'adressent également à toutes les épaules sur lesquelles nous nous sommes appuyées :

- **Au Pr KOKI NDOMBO Paul Olivier**, vous nous avez pris sous vos ailes pour la direction de ce travail. Vos enseignements, la qualité de votre encadrement, votre rigueur et votre bienveillance continuelle forcent l'admiration. Cher maître, veuillez recevoir par ces mots notre immense gratitude.
- **Au Pr NSEME ETOUCKEY Éric**, Co-Directeur de ce travail, dont les remarques, l'expertise, la disponibilité, et les conseils nous ont inspiré pour la rédaction de ce document. Trouvez ici, maître, l'expression de toute notre gratitude.
- **Au Dr MEGUIEZE Claude-Audrey**, Co-Directeur de ce travail. Vos observations critiques, votre sollicitude maternelle et vos précieux conseils nous ont profondément marqués et ont permis d'optimiser la qualité de ce travail de recherche. Veuillez recevoir ici nos sincères remerciements.
- **Aux honorables membres du jury**, nous exprimons humble reconnaissance et profonde gratitude pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant l'évaluation de ce travail, ainsi que pour les critiques constructives que vous apporterez dans le but d'améliorer cette thèse.
- **Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline**, Doyen actuel de la FMSB, qui, au cours de notre formation médicale a œuvré pour nous assurer des enseignements de qualité.
- **A tous les personnels enseignants et administratifs de la FMSB**, qui ont consacré de leur temps et nous ont transformé par leurs savoirs et connaissances durant tout le cycle de formation, dans le but de faire de nous un médecin utile, une femme utile à la société.
- **Aux Directeurs des hôpitaux de districts de la ville de Yaoundé**, pour les autorisations de réaliser cette étude dans les établissements sanitaires dont ils ont la charge.

- **Aux médecins généralistes et aux pédiatres des hôpitaux de district de la ville de Yaoundé**, pour nos chaleureuses discussions, votre gentillesse et toute l'aide que vous nous avez apportée.
- **A mon grand frère TSIMI Arthur**, pour l'écoute et les encouragements tout au long de ma formation.
- **A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines et amies proches de la famille**, pour votre amour, vos prières, votre soutien et votre accompagnement multiforme tout au long de ma formation.
- **Au Dr ELONG Jules Thierry**, pour votre disponibilité, vos conseils critiques ayant permis d'optimiser la qualité de ce travail de recherche. Veuillez recevoir ici nos sincères remerciements.
- **Aux Dr MEYEBE Thibaud ; Dr OHANDJA Cyprien ; Dr EMBOGO Donald** pour votre amour fraternel, vos encouragements incessants et vos conseils tout au long de cette formation.
- **A mes aînés : Dr EBOUTOU Ivan, Dr ZOGO NAMA, Dr BILOA, Dr NGASSAM, Dr ADJABA, Dr ESSAMA** pour leur aide précieuse dans la méthodologie, dans la rédaction et dans l'approche des participants.
- **A mes camarades de la 49^{ème} promotion de médecine générale, 11^{ème} promotion de médecine buccodentaire et 11^{ème} promotion de pharmacie**, pour ces 07 merveilleuses années passées ensemble. Je vous souhaite à tous de brillantes et fructueuses carrières.
- **A mes compagnons de stage : WISSENWA, YASSANG, YOUMBI, ZALIHATOU, ZANG, ZENABOU et tout spécialement mon binôme ZE BESSALA Donald**, infiniment merci pour votre amour, votre soutien et votre solidarité dans les moments heureux mais surtout dans les moments difficiles. Puissions-nous devenir d'excellents médecins aux carrières fructueuses.
- **A mes amis : Laëtitia, Engelbert, Stéphane, Arnold, Joëlle, Grâce...** Vous avez été de véritables compagnons, des frères. Demeurez les belles personnes que vous êtes.
- **A vous mes compagnons de recherche : Jolie Cœur, Diane, Lynn, Michelle, Rose, Solyne, Louise Marie...** Pour les moments de joie et pour cette année mémorable passée autour de nos encadreurs, vos partages d'expériences, apports et critiques ayant aidés à parfaire ce travail.

- **A tous les membres de la *Medical Students Association of LEKIE Division* (MESALD) et tout spécialement la 49^{ème} promotion** pour les moments de partages fraternels, ainsi que la formation académique et humaine acquises auprès de vous.
- **Aux abbés Joseph Armand FOUDA EFFA, Oscar ONANA, Lucien Francis TSANGA et Emmanuel MOUTH** pour les prières, l'encadrement spirituel et physique tout au long de notre parcours.
- **A la Chorale Saint Grégoire de la paroisse Toussaint de Mvan** pour votre accompagnement fraternel, votre soutien et pour les moments de détente participant à mon équilibre spirituel, social et psychologique.
- **A tous ceux qui de près ou de loin** ont participé à l'accomplissement de notre formation et de ce travail et que je n'ai pas pu citer, recevez ici l'expression de notre gratitude.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants :

Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Coordonnateur CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse
ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr MPONO EMENGUELE
Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
29	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale

30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro- Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie

60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie

90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique

121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOU M Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUE épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL

153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophthalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses

185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale

216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgien-Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie

			pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

Déclaration de Genève 1983

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient ;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace ;

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

RESUME

Introduction

La maltraitance de l'enfant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, désigne les violences et les négligences envers toute personne de moins de 18 ans. L'OMS la reconnaît depuis 2006 comme problème majeur de santé publique. Des équipes médicales ont tenté de décrire les manifestations pouvant aider à s'orienter vers le diagnostic de maltraitance infantile. On en distingue ainsi plusieurs types, entraînant des conséquences dévastatrices sur la santé de l'enfant allant des handicaps physiques au décès en passant par les infections sexuellement transmissibles, les troubles de l'alimentation et de la croissance, les troubles psychologiques et les déviances sociales. Au Cameroun, le diagnostic de maltraitance infantile reste faiblement posé. Cette sous-évaluation pourrait être dû à un faible niveau de compétences des professionnels de la santé sur les maltraitances infantiles. Le médecin traitant ayant une place privilégiée dans la reconnaissance et la prise en charge de ces patients, il est nécessaire pour lui d'avoir un bon niveau de connaissance sur le sujet et des attitudes justes entraînant des pratiques adéquates.

Objectif :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie de la ville de Yaoundé sur les maltraitances infantiles.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique de type CAP avec collecte prospective des données. Tout médecin exerçant dans les services de pédiatrie des hôpitaux de district de la ville de Yaoundé était éligible. Les données sur les connaissances, attitudes et pratiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire inspiré de la littérature. Ce dernier a été préalablement testé et adapté à notre contexte. Les variables étudiées étaient le profil sociodémographique, les niveaux de connaissances, attitudes et pratiques sur les maltraitances des enfants. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 25.0.

Résultats :

Au total 52 médecins généralistes et pédiatres travaillant dans les hôpitaux de district de la ville de Yaoundé ont participé à notre étude. La moyenne d'âge des participants était de $30,46 \pm 4,54$ ans, avec des extrêmes de 22 et 49 ans. La plupart était âgé entre 30 et 39 ans (55,8%), de sexe féminin (75%), avec un sexe-ratio de 0,33. Le niveau global des connaissances des praticiens au cours de l'étude était moyen dans la plupart des cas (50%), avec une bonne connaissance de la définition et des types de maltraitances mais une connaissance approximative des signes. Concernant les attitudes, près de la moitié des participants (46,2%) était favorable aux bastonnades disciplinaires. La presque totalité (80,7%) avaient une mauvaise appréhension de la collaboration multidisciplinaire et trouvait qu'elle constitue un frein à la prise en charge. Toutefois ils étaient tous favorables à la formation des médecins sur les maltraitances des enfants. La qualité globale des attitudes de la majorité des praticiens (40,6%) était approximative. Concernant la pratique, la majorité (55,7%) des praticiens avait des pratiques néfastes. Peu de participants avait reçu une formation sur les maltraitances infantiles (26,9%). Plus de la moitié (55,6%) des participants avaient soupçonné des cas de maltraitances sans les signaler et très peu (26,9%) ont su faire parvenir l'information à l'autorité compétente. Les mauvaises pratiques étaient significativement liées au statut de médecin généraliste ($p=0,035$).

Conclusion :

Les médecins des services de pédiatrie des hôpitaux de district de la ville de Yaoundé sont des jeunes adultes, de sexe féminin, généralistes pour la plupart. Leur niveau de connaissances sur les maltraitances des enfants est moyen. La qualité globale des attitudes de la majorité des praticiens sur le même sujet est approximative. En ce qui concerne la qualité globale des pratiques, la majorité des participants avait des pratiques néfastes.

Mots clés : Maltraitance des enfants, violences, signalement, connaissance, attitude, pratique.

ABSTRACT

Introduction

According to the World Health Organization, child maltreatment refers to the abuse and neglect of anyone under the age of 18. Since 2006, the WHO has recognized it as a major public health problem. Medical teams have attempted to describe the manifestations that can help guide a diagnosis of child abuse. There are several types of child maltreatment, with devastating consequences for the child's health, ranging from physical handicaps to death, passing by sexually transmitted infections, eating and growth disorders, psychological problems and social deviance. In Cameroon, the diagnosis of child abuse remains low. This under-assessment could be due to a low level of expertise among health professionals in the field of child abuse. As the attending physician has a key role to play in recognizing and treating these patients, he or she needs to have a good level of knowledge on the subject, and the right attitudes, leading to appropriate practices.

Objective :

To assess the knowledge, attitudes and practices of doctors in paediatric wards in the city of Yaoundé with regard to child abuse.

Methodology :

This was a cross-sectional descriptive and analytical KAP study with prospective data collection. Any physician practising in the paediatric wards of district hospitals in the city of Yaoundé was eligible. Data on knowledge, attitudes and practices were collected using a questionnaire based on the literature. The questionnaire was pre-tested and adapted to our context. The variables studied were socio-demographic profile, and levels of knowledge, attitudes and practices concerning child abuse. Data analysis was performed using SPSS software version 25.0.

Results :

A total of 52 general practitioners and pediatricians working in the district hospitals of Yaoundé participated in our study. The mean age of the participants was 30.46 ± 4.54 years, with extremes of 22 and 49 years. Most were aged between 30 and 39 (55.8%), female (75%), with a sex ratio of 0.33. Practitioners' overall level of knowledge during the study was average in most cases (50%), with good knowledge of the definition and types of abuse, but only approximate knowledge of the signs. In terms of attitudes, almost half the participants (46.2%) were in favour of disciplinary caning. Almost all (80.7%) had a poor understanding of multidisciplinary collaboration, and felt that it was a hindrance to care. However, they were all in favor of training doctors in child abuse. The overall quality of the attitudes of the majority of practitioners (40.6%) was approximate. With regard to practice, the majority (55.7%) of practitioners had harmful practices. Few had received training in child abuse (26.9%). More than half (55.6%) of participants had suspected child abuse without reporting it, and very few (26.9%) were able to pass on the information to the appropriate authority. Poor practices were significantly related to GP status ($p=0.035$).

Conclusion :

Doctors working in paediatric wards in district hospitals in Yaoundé are young adults, mostly women and general practitioners. Their level of knowledge about child abuse is average. The overall quality of the attitudes of the majority of practitioners on the same subject is approximate. In terms of the overall quality of practices, the majority of participants had harmful practices.

Key words : Child abuse, violence, reporting, knowledge, attitude, practice.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Approche LIVES CC.....	22
Tableau II: Grille d'évaluation.....	36
Tableau III: Données sociodémographiques	40
Tableau IV: Répartition de la population d'étude selon les connaissances générales sur les maltraitances infantiles.....	41
Tableau V: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur la prévention de la maltraitance	43
Tableau VI: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur l'anamnèse du diagnostic de maltraitances infantiles.....	44
Tableau VII: Répartition de la population d'étude selon les connaissances des signes de la maltraitance	45
Tableau VIII: : Répartition de la population d'étude selon les connaissances de la prise en charge des maltraitances.....	46
Tableau IX: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur le signalement.....	47
Tableau X: Répartition de la population d'étude selon la Connaissance de l'autorité à qui signaler	48
Tableau XI: Répartition de la population selon la perception des maltraitances	49
Tableau XII: Répartition de la population selon l'attitude face à la prévention de la maltraitance	50
Tableau XIII: Répartition de la population selon l'attitude à l'égard du diagnostic.....	51
Tableau XIV: Répartition de la population selon l'attitude à l'égard du traitement	52
Tableau XV : Répartition de la population selon les raisons du non-signalement	53
Tableau XVI: Répartition de la population selon la pratique de la prévention des maltraitances infantiles.....	55
Tableau XVII: Répartition de la population selon les pratiques en rapport avec le diagnostic	55
Tableau XVIII: Répartition de la population selon les pratiques en rapport avec le signalement des maltraitances des enfants	56

Tableau XIX : Répartition de la population selon les pratiques de dénonciation	57
Tableau XX: Facteurs associés aux pratiques des médecins vis-à-vis des maltraitances infantiles	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Traces de lésions des instruments utilisés en cas de violences physiques.....	13
Figure 2: Marques de brûlures.....	14
Figure 3: Images de brûlures par immersion.....	14
Figure 4: TDM Cérébral indiquant des hémorragies intracrâniennes d'âges différents	17
Figure 5: Hémorragies rétinienne	17
Figure 6: Niveau global de connaissances sur les maltraitances infantiles.....	48
Figure 7: Qualité des attitudes vis-à-vis des maltraitances infantiles	54
Figure 8: Pratiques vis-à-vis des maltraitances infantiles	57

LISTE DES ABREVIATIONS

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

HD : Hôpital de District

HSD : Hématome sous-dural

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

SBS : Syndrome du bébé secoué

TP : Taux de prothrombine

TCA : Taux de céphaline activée

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maltraitance de l'enfant désigne les violences et les négligences envers toute personne de moins de 18 ans [1]. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence, 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 [1]. Des équipes médicales ont tenté de décrire les manifestations physiques, psychologiques et radiologiques pouvant aider à s'orienter vers le diagnostic de maltraitance. On en distingue ainsi plusieurs types : les violences physiques, sexuelles, psychologiques et la négligence [2].

La maltraitance des enfants n'est pas un phénomène rare. En 2006, l'OMS la reconnaît comme problème majeur de santé publique [3]. Chaque année, un enfant sur deux dans le monde est victime d'actes de violences physique, sexuelle ou psychologique qui entraînent des traumatismes, des handicaps, voire le décès [3]. Une situation de maltraitance est retrouvée chez 1,5 à 5% des enfants selon les agences de protection de l'enfance en Angleterre, aux Etats-Unis, en Australie, au Canada et en France [4]. En Afrique, la prévalence des enfants victimes de violences serait de 50% [5]. Elle intéresse principalement les adolescentes et se décline en violences sexuelles [6].

Au Cameroun, les données rapportant les maltraitances infantiles restent disparates. Ainsi, bien que l'ère des violences sexuelles sur adolescentes ait été confirmée depuis trois décennies par Koki et al [7], le diagnostic de maltraitance infantile reste faiblement posé, soit une prévalence de 0,68% [8]. Cette différence pourrait être dû à un faible niveau de compétences des professionnels de la santé sur les maltraitances infantiles. Le médecin traitant ayant une place privilégiée dans la reconnaissance et la prise en charge de ces patients, il est nécessaire pour lui d'avoir un bon niveau de connaissance sur le sujet et des attitudes justes entraînant des pratiques adéquates.

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

I.1. Justification

La maltraitance des enfants est un problème majeur de santé publique [3]. Il s'agit d'un phénomène fréquent, sous-estimé et peu diagnostiqué dans notre pays, entraînant des conséquences dévastatrices sur le développement physique, psychologique et social de l'enfant. Le médecin, se retrouve en première ligne dans la prise en charge des maltraitances infantiles. La faible prévalence (0,68%) retrouvée dans la ville de Yaoundé peut être le reflet de difficultés pour les médecins camerounais à reconnaître et à poser ce diagnostic [8]. C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé cette étude afin de mettre en lumière les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les sévices à enfants.

I.2. Question de recherche

Quels sont les niveaux de connaissances, des attitudes et des pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé ?

I.3. Hypothèse de recherche

Les connaissances des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles sont insuffisantes, les attitudes défavorables et les pratiques inadéquates.

I.4. Objectifs

I.4.1. Objectif général

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie de la ville de Yaoundé sur les maltraitances infantiles.

I.4.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer le niveau de connaissances des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances
2. Décrire les attitudes des médecins des services de pédiatrie vis-à-vis des maltraitances infantiles
3. Relever les pratiques des médecins des services de pédiatrie face aux cas de maltraitances infantiles

I.5. Définition des termes opérationnels

- **Connaissances** : ensemble des informations acquises sur les maltraitements infantiles par les professionnels de santé.
- **Attitudes** : ensemble de perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations des médecins face à la maltraitance des enfants.
- **Pratiques** : Actes réels réalisés par les médecins face à un cas de maltraitements infantiles.
- **Maltraitements infantiles** : toutes formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence, 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.
- **Violence physique** : usage intentionnel de la force physique qui entraîne, ou risque fortement d'entraîner, un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité.
- **Violence psychologique** : comportement moralement agressif ou violent pouvant entraîner un préjudice pour la santé physique, psychologique et sociale de l'enfant dans le contexte d'une relation de responsabilité
- **Violence sexuelle** : participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société.
- **Négligence** : elle concerne le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir aux besoins fondamentaux permettant le développement et le bien-être des enfants dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité.
- **Signalement** : porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique, n'est pas en mesure de se protéger.

I.6. Intérêt de l'étude

Cette étude permettra aux professionnels de la santé d'avoir des données fiables afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants maltraités au Cameroun.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Pour étayer notre sujet, notre revue de la littérature s'articulera premièrement autour des maltraitances infantiles à savoir les généralités, l'étude clinique, le diagnostic et la prise en charge. Elle s'intéressera dans un second temps à l'état des publications actuelles sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements liées à la santé du personnel soignant face aux maltraitances infantiles. Il s'agira enfin de faire une synthèse des méthodologies employées par les auteurs qui se sont intéressés à ce sujet.

II.1. LES MALTRAITANCES INFANTILES

A-GENERALITES

1. Définitions

Selon l'OMS, la maltraitance de l'enfant désigne toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir [1].

2. Intérêt

L'intérêt de notre sujet est quadruple. Tout d'abord, sur les plans épidémiologique et diagnostique, la maltraitance des enfants, bien que reconnu par l'OMS comme problème majeur de santé publique est encore sous-évaluée et sous-diagnostiquée. En effet il n'existe pas de critère clinique pathognomonique de la maltraitance. Au Cameroun, selon une étude menée par Mbassa D. et Ngho F., on dénombrait trente-neuf enfants victimes de violence. Après une sensibilisation sur la détection et le signalement, on a recensé 161 enfants victimes, témoignant de la sous-évaluation de ce diagnostic [9].

Ensuite, sur le plan thérapeutique, le médecin a une place importante dans la prise en charge de ces enfants, qui ne peut être efficace sans la collaboration d'autres corps de métier à l'instar des juristes et des assistants sociaux.

Enfin sur le plan pronostique, les conséquences peuvent être néfastes à court et à long terme avec des répercussions à l'âge adulte sur les plans physique, psychologique et social si la prise en charge n'est pas adaptée.

3. Epidémiologie

Dans les pays développés, une situation de maltraitance est retrouvée chez 1,5 à 5% des enfants, avec une association retrouvée entre les différents types [4]. En Afrique, 30 à 40% des adolescentes sont victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15ans [6]. Au Cameroun en 2005, D. Mbassa et F. NGOH dans leur étude portant l'évaluation d'un séminaire de formation à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques infligés aux enfants, la prévalence des violences physique était de 3,1% avant la formation et de 11,3% après [9]. Une étude menée dans la ville de Yaoundé du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2020 révèle une prévalence des maltraitances de 0,68% [8].

4. Classification

Selon l'OMS, on distingue [2]:

- La violence physique : usage intentionnel de la force physique entraînant un préjudice réel pour la santé de l'enfant. L'usage du châtiment corporel infligé dans le but de punir ou éduquer l'enfant n'est pas toujours considéré comme un acte de maltraitance selon les législations et les cultures.
- La violence sexuelle : participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement.
- La violence psychologique : est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Ces actes risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.
- La négligence : elle concerne le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir aux besoins fondamentaux permettant le développement et le bien-être des enfants dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité.

5. Bases juridiques

Sur le plan juridique le Cameroun s'est doté d'un cadre législatif et réglementaire en matière de protection des droits des enfants [10].

En matière pénale, de nombreuses dispositions du Code pénal camerounais peuvent être évoquées pour réprimer des cas d'atteintes à l'intégrité physique ou mentale de l'enfant. L'article 350 dudit code intitulé « atteintes contre l'enfant » aggrave les pénalités lorsqu'une infraction est commise au préjudice d'un enfant.

En matière civile le Code Civil institue l'obligation alimentaire entre ascendants et descendants (art. 203), entre adoptant et adopté (art. 355), et la puissance paternelle (art. 371 à 387) ; toutes choses qui participent à la prévention et à la répression du trafic et de l'exploitation des enfants.

Sur le plan institutionnel, le Gouvernement compte plusieurs départements ministériels en charge de la réalisation des droits de l'enfant. Toutefois, c'est au ministère des Affaires Sociales, qu'est statutairement assignée la protection sociale des personnes vulnérables au rang desquelles, les enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection.

Au Cameroun, il n'existe pas encore de code de protection de l'enfance. Néanmoins un avant-projet de loi est en cours d'adoption depuis 2006.

Par ailleurs, on peut noter également que le Cameroun a ratifié la quasi-totalité des instruments juridiques de protection des enfants [10]. Pour ne retenir les plus importants on peut citer : la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant et la Charte Africaine des droits et du Bien-être de l'Enfant.

B-ETUDE CLINIQUE

1. Type de description : Maltraitance physique sur enfant en petit enfant

1.1- Anamnèse

Des éléments pouvant faire suspecter une maltraitance se retrouvent parfois dès l'interrogatoire des parents, de l'enfant lui-même, ou de la personne accompagnante. Ainsi, l'interrogatoire doit se faire de manière individuelle (les parents séparément et l'enfant en privé s'il a la possibilité de s'exprimer) et les questions insidieuses doivent être évitées [11]. Il est souvent constaté des discordances, des incohérences dans les lésions constatées et les explications données. Il n'y a parfois aucune explication. Le discours est fluctuant par rapport à l'histoire initiale et différent en fonction des personnes interrogées.

Le clinicien doit également prêter attention aux attitudes de l'enfant et des parents. Des parents apathiques, peu concernés ou alors agressifs doivent éveiller l'attention du personnel soignant. De même, un enfant avide d'affection de manière non discriminatoire, apathique, apeuré, irritable même en présence de ses parents doit faire penser à une potentielle maltraitance.

Il peut être constaté un retard de recours au soin, des antécédents « d'accidents » ou traumatismes répétés, souvent mal expliqués. Il existe parfois une notion d'antécédent de maltraitance dans la fratrie. Il convient aussi d'évaluer le développement psychomoteur et de rechercher des facteurs de risques de maltraitance. Ceux-ci peuvent être liés à l'enfant et/ou aux parents [12].

• Parents :

- Parents jeunes, anciennes victimes de sévices, issus d'éducation rigide
- Défaut d'hygiène, suivi médical négligé, pas de vaccination, carnet de santé mal tenu
- Troubles psychiatriques : psychotique, psychopathe, dépressif, toxicomane, alcoolique, syndrome de Münchhausen par procuration
- Conditions socio-économiques défavorables : chômage, famille monoparentale, fratrie nombreuse, isolement parental, conflits conjugaux, rupture familiale, deuil récent
- La maltraitance existe aussi dans les « bonnes familles ».

- *Enfant* :
 - Grossesse à problème : non désirée, hors mariage, pathologique ou accouchement difficile
 - Enfant malade : prématurité (notion discutée), malformations, retard psychomoteur, troubles du comportement (anorexie, insomnie, agitation), handicap, maladie chronique, hospitalisations prolongées ou répétées, accidents domestiques répétés ou négligés
 - Filiation particulière : enfant adopté, placé, issu d'un 1^{er} mariage
 - Consultations antérieures pour traumatisme même minime ou pleurs incessants (les pleurs peuvent être à l'origine de maltraitance ou secondaires à un HSD).
 - Fratrie : placement, mort inattendue ou antécédents identiques chez les frères et sœurs.

1.2- Examen Physique

Pour détecter les différentes formes de maltraitance, un examen complet soigneux chez un enfant entièrement dévêtu, à consigner sur un certificat descriptif initial non interprétatif, est nécessaire. On mesurera les paramètres anthropométriques du patient à savoir le périmètre crânien, le poids, la taille. Un examen minutieux et rigoureux de la peau et des muqueuses devra également être fait, ceci à la recherche des traces de violence. Celles-ci sont souvent d'âges différents et de topographie inhabituelle, préférentiellement au niveau des zones non-exposées et prenant souvent la forme de l'objet utilisé lors de l'agression [12]. On procèdera également à l'inspection et à palpation des membres, des côtes et de l'abdomen à la recherche des signes de fractures et de lésions d'organes. La maltraitance physique peut se manifester sous plusieurs formes : les lésions cutanées, les morsures, les brûlures, les fractures, le syndrome de Silverman, les lésions craniocérébrales [11].

1.2.1-Les lésions cutanées

Ce sont les lésions les plus fréquemment retrouvées dans les cas de maltraitances [11]. Elles sont souvent négligées, surinfectées. On a différents types de lésions représentées par [11] :

- Les ecchymoses et hématomes qui sont consécutifs aux coups, gifles, manœuvres de pincement ou de strangulation, de contentions forcées. Il est

important d'éliminer en premier lieu une cause hématologique à ces symptômes

- Les plaies qui sont dues, elles, aux griffures, morsures, lacerations
- Les plaies endo buccales avec atteinte du palais, de la luvette qui sont évocatrices d'un forçage alimentaire
- L'alopécie qui résulte d'arrachements brutaux

Ces lésions ne sont évocatrices que par leur multiplicité, leur forme et certaines localisations. Avant l'âge des déplacements, c'est-à-dire 9 mois, les ecchymoses sont extrêmement rares, hautement suspectes et doivent conduire à une évaluation. Des lésions multiples d'âges différents doivent faire penser à la possibilité d'une maltraitance. Il faut également garder à l'esprit qu'une chute dans les escaliers, explication souvent avancée par les parents, donne rarement des lésions à plus d'un endroit. Elle ne peut expliquer qu'un enfant soit couvert de bleus.

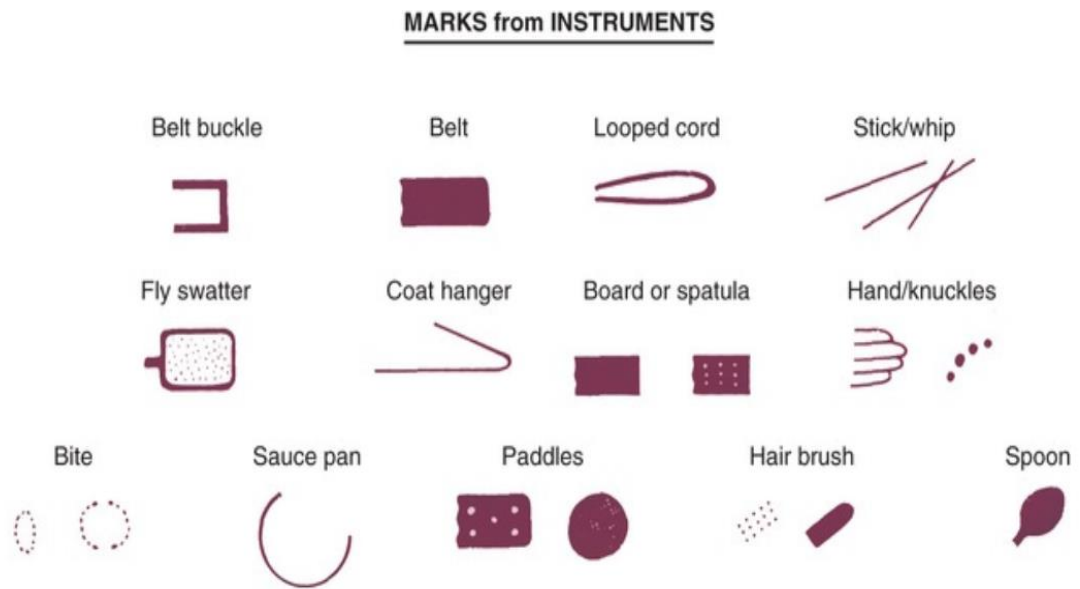


Figure 1 : Traces de lésions des instruments utilisés en cas de violences physiques [11]

1.2.2-Les brûlures

Elles peuvent être intentionnelles ou dû à un manque d'attention. Ainsi, on peut observer une délimitation nette entre la peau brûlée et la peau saine (Immersion dans de l'eau bouillante), des traces de brûlures circulaires (cigarettes), par contact direct, symétriques avec une localisation préférentielle pour les fesses et le périnée [11].

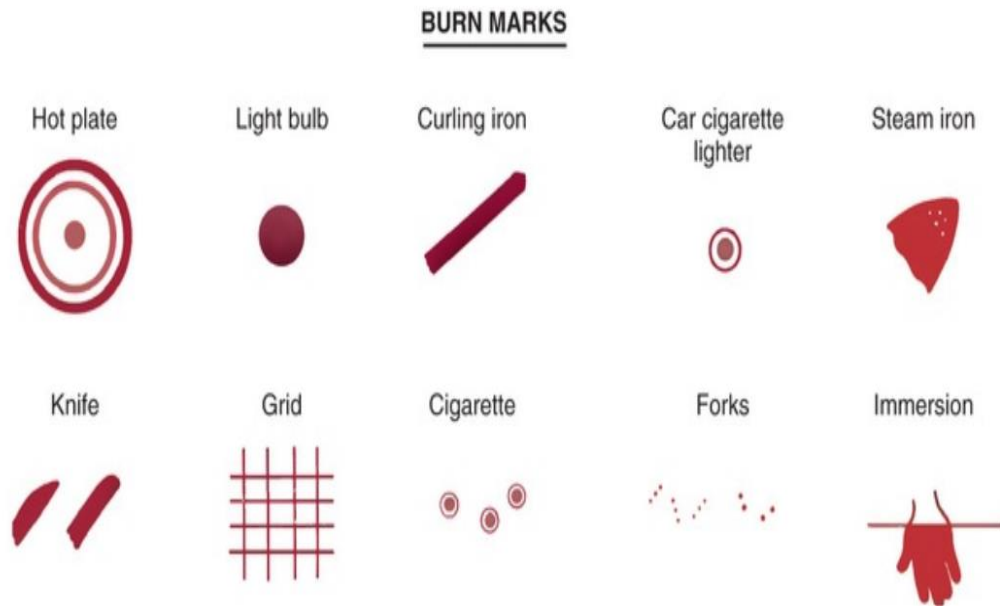


Figure 2: Marques de brûlures [11]



Figure 3: Images de brûlures par immersion[11]

1.2.3-Les fractures

Il s'agit de la deuxième forme de lésions les plus fréquentes des sévices physiques [11]. Une fracture seule peut difficilement être imputable à une maltraitance. C'est le grand nombre de fractures, souvent d'âge différent qui doit faire suspecter des sévices. Les zones les plus fréquemment en cause sont : les côtes, le crâne et les os propres du nez [12]. Les fractures suggérant une maltraitance chez les enfants comprennent : les fractures métaphysaires, les fractures des côtes postérieures, les fractures de la scapula, du sternum, des processus épineux [11]. Ces différentes fractures nécessitent un degré de force qui n'est normalement pas imputable à un enfant. Chez les enfants ne se déplaçant pas encore, les fractures de l'humérus et du fémur sont fortement évocatrices de maltraitance [11]. Il est à noter cependant qu'aucune fracture n'est pathognomonique de maltraitance. Elles doivent être analysées en fonction de l'anamnèse.

1.2.4-Le Syndrome de Silverman

Le syndrome de Silverman ne se voit que chez le nourrisson. Il comprend des fractures multiples d'âges différents qui associent des arrachements métaphysaires, des décollements périostés avec des hématomes sous-périostés plus ou moins volumineux et parfois d'autres fractures diaphysaires ou des os plats [12]. Elles sont secondaires à des manœuvres d'étirement, de torsion, de striction. Devant la latence clinique possible de ce syndrome ou la pauvreté des symptômes (gonflement modéré d'un membre, nourrisson algique) il est de règle de faire une radiographie systématique du squelette entier chez tout nourrisson soupçonné d'avoir été maltraité.

1.2.5-Les lésions craniocérébrales

Elles représentent la première cause de décès chez le nourrisson maltraité [11]. La présence d'un hématome sous dural, d'une contusion cérébrale chez un nourrisson ou un petit enfant doit faire suspecter une cause traumatique volontaire (Syndrome du bébé secoué) [12]. Ces lésions doivent être recherchées et suspectées devant un tableau de détresse vitale neurologique pour la forme aiguë avec des convulsions non fébriles, un déficit neurologique focalisé, une perte de conscience avec troubles de la vigilance. La forme chronique est plus difficile à appréhender. Le médecin se doit d'y penser devant une augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien, des troubles du comportement, une régression psychomotrice, des troubles digestifs à

type de vomissements ou un arrêt de la croissance pondérale [12]. Lorsqu'un examen ophtalmologique est réalisé devant une suspicion de maltraitance, et que l'on retrouve un décollement de rétine, une hémorragie rétinienne ou sousconjonctivale, un œdème pré rétinien, on doit penser au syndrome du bébé secoué [12].

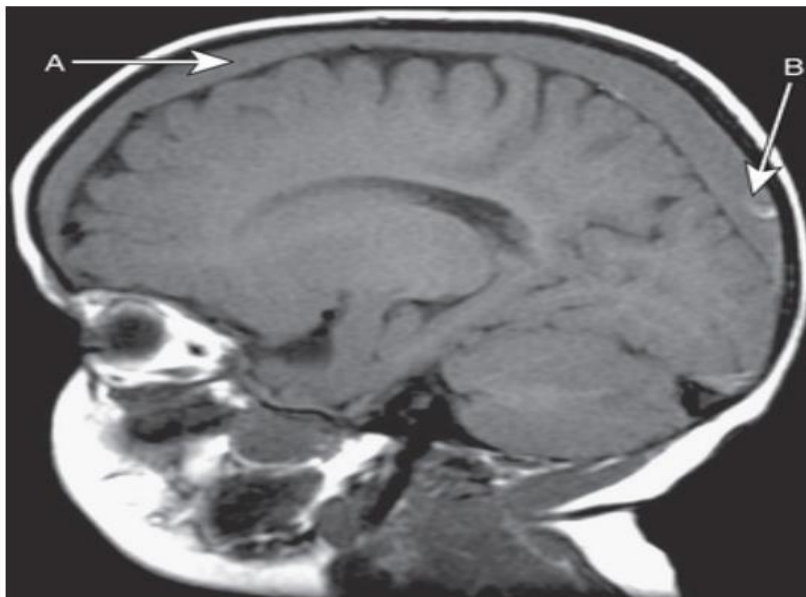
1.3- Examens Paracliniques

En cas de suspicion de maltraitance des examens paracliniques sont prescrits systématiquement savoir une NFS, un bilan d'hémostase complet (TP, TCA, fibrinogène et facteur XIII), des radiographies du squelette complet à la recherche du syndrome de Silverman et un fond d'œil réalisé par un spécialiste [12]

En fonction du contexte on peut également demandé [12] :

- A visée diagnostique : Scintigraphie osseuse qui objective des lésions osseuses inapparentes sur les radiographies et plus précocement si traumatisme osseux, scanner cérébral si suspicion de Syndrome du Bébé Secoué (SBS)
- A visée étiologique : Imagerie adaptée aux lésions viscérales suspectées : hémorragies intracérébrales ou digestives, hématome profond, hémopéritoine, pneumothorax, pneumopéritoine,
- A visée de retentissement : Bilan phosphocalcique si signes de rachitisme, IgA anti-transglutaminase et IgA totale si hypotrophie

En imagerie, dans les critères évocateurs d'une maltraitance ou d'un SBS on peut retrouver des hématomes sous-duraux (HSD) volontiers pluri-focaux, associés à des hémorragies sous-arachnoïdiennes (l'HSD peut être toutefois uni focal), d'âges différents. On peut également retrouver des saignements notamment au niveau du vertex, entre les hémisphères ou dans la fosse postérieure. Les lésions encéphaliques de type anoxique, œdémateux ou hémorragique peuvent être retrouvées dans le SBS. De même, les lésions axonales hyperT2 de la substance blanche éliminent formellement un trouble de l'hémostase ou un accident [12].



A : Saignement ancien

B : Saignement récent

Figure 4: TDM Cérébral indiquant des hémorragies intracrâniennes d'âges différents [11]

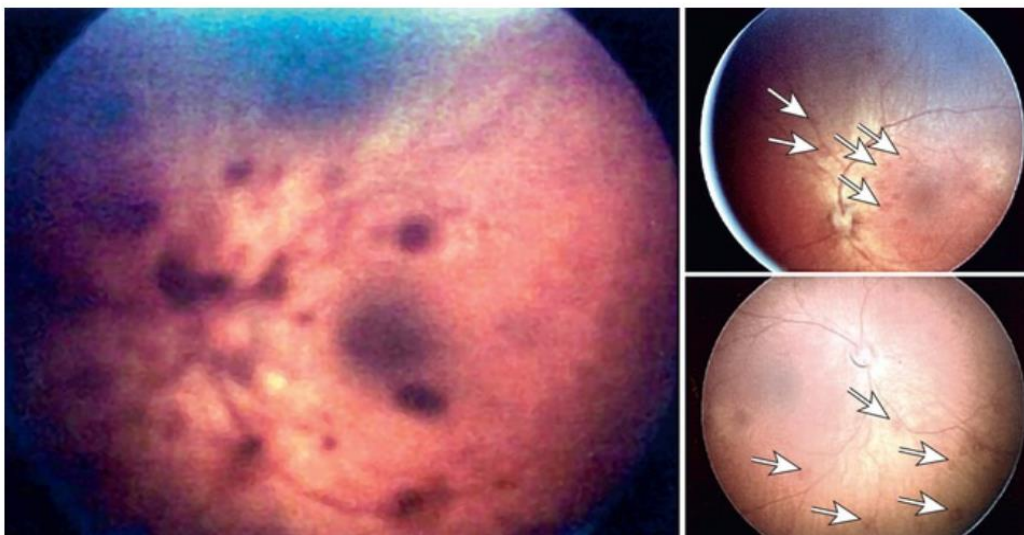


Figure 5: Hémorragies rétiniennees [11]

2. Autres formes cliniques

2.1- Maltraitance psychologique

La cruauté mentale consiste en une exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliation, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées pour l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter [13].

Les sévices psychologiques sont souvent à l'origine de troubles du comportement très contradictoires allant de l'apathie, la tristesse, la terreur à un comportement auto voire hétéro-agressif. C'est le changement du caractère habituel de l'enfant qui signale la problématique. L'enfant peut être très agité, instable, agressif, violent, perturbateur, cherchant à se faire frapper ou se mettant toujours en situation de danger, sujet aux accidents. Il peut présenter des troubles des conduites sociales : isolement volontaire, évitement des contacts ou à l'opposé, être trop facile, affectueux, s'attachant indistinctement à toute personne entrant en contact avec lui. On peut également retrouver des troubles psychosomatiques tels que les troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil, énurésie, encoprésie [13].

2.2- Abus sexuels

Pendant de très longues années, cet aspect des maltraitances a été occulté, restant un sujet tabou dans l'inconscient collectif. L'enfant victime de maltraitance doit faire face à ce qu'on appelle le « syndrome d'adaptation », qui est constitué par un ensemble de sentiments très complexes : notion de secret, sentiment d'isolement et de désorientation (l'enfant étant méfiant des étrangers mais pas de sa famille), sentiment de piège [14]. Face à toute l'énergie que doit développer l'enfant pour combattre ces sentiments afin de révéler son « secret », l'adulte confidant doit tout mettre en œuvre pour recevoir, accompagner, guider et soutenir cet enfant. Les sévices sexuels peuvent être à l'origine de lésions traumatiques des organes génitaux, de l'anus, parfois associées à d'autres signes de violences physiques (traces de strangulation, de contention, ecchymoses...). Ils peuvent être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles (Gonococcie, chlamydia, syphilis, condylomes vénériens, VIH.) qu'il faudra rechercher par l'examen clinique,

les prélèvements bactériologiques des organes génitaux externes, de l'anus, de la bouche, et des prélèvements sérologiques qu'il faudra penser à répéter à distance de l'agression [11]. Les sévices sexuels devront aussi être recherchés devant des symptômes beaucoup moins spécifiques tels que des douleurs abdominales ou des infections urinaires récidivantes, des troubles du comportement : masturbation compulsive, rituels de lavage des organes génitaux, préoccupation sexuelle et connaissance inappropriée au jeune âge de l'enfant [12]. On peut également retrouver des troubles psychosomatiques tels que : énurésie, encoprésie, constipation, anorexie, obésité, terreurs nocturnes. Il existe aussi parfois des troubles psychiatriques comme la dépression, les tentatives de suicide, le mutisme, le repli, les automutilations [14]. Mais, beaucoup plus souvent, c'est l'apparition de troubles du comportement chez un enfant antérieurement « sain » qui doivent alerter :

- Changement récent et massif de l'humeur avec pleurs, tristesse
- Désinvestissement scolaire brutal, chute des résultats scolaires
- Peur brutale du sexe opposé
- Refus de rentrer au domicile
- Refus de se coucher, de se déshabiller avant d'aller se coucher

La survenue d'une grossesse chez une très jeune adolescente ou la demande d'une interruption volontaire de grossesse faite par une jeune fille accompagnée de son père ou de celui qui joue ce rôle doit supposer l'éventualité d'un abus sexuel [14].

2.3- Négligence

La négligence se manifeste souvent par une dénutrition, un retard staturopondéral ou dans le développement psychomoteur de l'enfant, qui s'améliore en général très nettement lors d'une hospitalisation pour bilan de cassure de courbe de poids, bilan d'encéphalite ou de débilité [11]. Le nanisme d'origine psychosociale est un tableau clinique particulier, regroupant les caractéristiques suivantes [11]:

- Enfant âgé de 2 à 10 ans, avec un poids insuffisant pour sa taille
- Présence de troubles du comportement tels que potomanie, troubles alimentaires, accès de colère, troubles du sommeil graves
- Conditions familiales pathologiques

Il peut s'agir de carences de soins avec lésions dermatologiques dues à une hygiène défectueuse.

Il peut aussi s'agir d'intoxications soit accidentelles par manque de surveillance (médicaments, produits toxiques...), soit volontaires.

2.4- Syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de maltraitance où le parent maltraitant, malade psychologiquement, déclare de façon mensongère que son enfant présente des symptômes qui induisent soit des prescriptions médicamenteuses, soit des actes médicaux invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique [11]. Le parent maltraitant peut également provoquer des symptômes réels par l'administration de médicaments, de façon à attirer sur son enfant, donc sur lui l'attention des soignants. Les falsifications sont très diverses, variant de l'histoire purement verbale adressée au médecin, à la mise en acte agressive directe dans le corps de l'enfant, proche des sévices physiques. La violence physique est donc soit totalement déléguée aux soignants par l'intermédiaire des actes médicaux (dans 25 % des cas), soit déjà agie par l'adulte responsable des troubles factices, et plus ou moins accompagnée d'autres falsifications. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont les convulsions, les malaises, les troubles de la conscience, les apnées, la fièvre, la diarrhée, les vomissements, les saignements d'origine diverses, les éruptions cutanées ou manifestations allergiques, recouvrant ainsi la plupart des situations décrites en pathologie pédiatrique [11]. Cependant, un enfant souvent hospitalisé ou conduit chez le médecin devrait toujours attirer l'attention du pédiatre et certains signes doivent plus particulièrement l'alerter :

- Une maladie prolongée inexplicable
- Des signes incongrus et inhabituels dans le tableau initial ou n'apparaissant qu'en présence du parent maltraitant, qui est le plus souvent la mère
- Un enfant souffrant d'allergies innombrables aux médicaments et aux aliments
- Des traitements inefficaces ou mal tolérés
- Une mère ne quittant pas son enfant à l'hôpital, demandant toujours plus de soins mais peu inquiète de la lourdeur des procédures médicales
- Décès dans la fratrie
- Nombreuses sorties contre avis médical dans les antécédents du patient.

C-DIAGNOSTIC

1. Diagnostic positif

Les maltraitances infantiles sont souvent très difficiles à reconnaître. Identifier des cas de mauvais traitements nécessite de connaître les symptômes et signes les plus fréquents. Ainsi, le diagnostic de maltraitance infantile peut-être suspecté devant :

- Des facteurs de risque liés aux parents ou à l'enfant
- Des témoignages de l'enfant ou d'un parent
- Des lésions inexpliquées ou avec explications non plausibles
- Des signes radiologiques en faveur d'un traumatisme
- Des indicateurs de négligence
- Les caractéristiques comportementales inappropriées de l'enfant vis-à-vis de ses parents et vice-versa

2. Diagnostic différentiel

En ce qui concerne les diagnostics différentiels des maltraitances infantiles, on distingue :

- Les syndromes hémorragiques : constitutionnels (hémophilie, maladie de Willebrand, maladie métabolique type acidurie glutarique qui favorise l'apparition d'hématomes sous-duraux) et acquis (Purpura Thrombopénique immunologique, purpura rhumatoïde, syndrome de Hutchinson)
- Les maladies osseuses : acquises (infectieuse, tumorales, métaboliques) et constitutionnelles (Ostéogénèse imparfaite ou maladie des « os de verre », maladie de Menkes, Kyste osseux, Hyperostose corticale infantile de Caffey.)
- L'insensibilité à la douleur, rarissime.
- L'impétigo peut simuler des brûlures de cigarettes.
- La maladie cœliaque : parfois symptomatologie équivoque (hypotrophie, apathie, anorexie, rachitisme et ecchymoses par carences en vitamine D et K)
- Les taches mongoloïdes.
- Les lésions par traumatisme sans volonté de nuire (enfant turbulent ou encéphalopathe avec automutilations, médecine traditionnelle par brûlures, fracture de côte lors de séance de kinésithérapie : fracture des arcs antérieurs

ou moyens, au contraire des fractures des arcs postérieurs observées dans les maltraitances.)

D-PRISE EN CHARGE

1. Buts

Les buts de la prise en charge sont multiples. Il s'agira tout d'abord de protéger l'enfant et de lui assurer un bon soutien psychologique. Ensuite il faudra évaluer et traiter les maladies et blessures. Enfin les soignants devront assurer le signalement, la référence et le suivi de la maltraitance (quand c'est possible) sans oublier de prévenir les récidives.

2. Moyens et méthodes

La prise en charge est pluridisciplinaire, à la fois médico-chirurgicale, psycho-sociale, juridique. Le traitement médico-chirurgical sera fonction du type de lésion et débutera par celle mettant le plus rapidement en jeu le pronostic vital. Sur le plan psycho-social, comme première aide psychologique du médecin, l'OMS propose l'approche LIVES CC [15] :

Tableau I: Approche LIVES CC

Listen	Listen to the child or adolescent closely with empathy and without judging in a private space.
Inquire	Assess and respond to needs, wishes and concerns - emotional, physical, social and practical
Validate	Show the child or adolescent that you understand and believe them, and that they are not to blame for what happened
Enhance safety	Protect the child or adolescent from further harm. Enhance the safety of the child or adolescent.
Support	Facilitate support by connecting children and adolescents to formal and informal support services
Child and adolescent friendly environment	Create a child and adolescent friendly environment by training providers and improving service readiness to provide survivor-centred care
Caregiver support	Provide support to non-offending caregivers to support the child or adolescent.

Sur le plan médico-légal, l'élaboration d'un certificat est primordiale. En tant qu'expert, il faudrait y préciser les éléments suivants :

- Identité, qualité, texte précis de l'expert
- Qualité du requérant, date de réquisition, heure et lieu de l'examen,
- Déclaration de la personne examinée ou de son accompagnant, Examen médical détaillé
- Durée de l'incapacité totale transitoire.

Sur le plan juridique, le signalement des maltraitances infantiles est une dérogation relative au secret médical. De ce fait, tout médecin face à un cas de mauvais traitement a le devoir de signaler soit à l'autorité administrative, (par le biais des services sociaux, des organisations de protection des droits de l'enfance, des forces de sécurité) soit à l'autorité judiciaire.

3. Prévention

Afin de prévenir les maltraitances, plusieurs actions peuvent être menées tant sur le plan primaire que secondaire. Sur le premier plan, il s'agira de :

- Consolider les liens familiaux dès la salle d'accouchement
- Renforcer les capacités éducatives des parents
- Identifier et dépister rapidement des situations à risque, les parents à haut risque
- Améliorer les conditions de vie des populations
- Lutter contre l'alcoolisme et la consommation de substances illicites

Sur le plan secondaire, on pourra procéder à :

- L'organisation des campagnes de sensibilisation sur les violences faites aux enfants (journée de l'enfant)
- L'amélioration des performances des services sociaux
- Au renforcement de la législation sur la protection des enfants

- L'amélioration du niveau socioéconomique de la population

4. Evolution et pronostic

A court terme il existe un risque léthal pour la victime.

Les conséquences sur le long terme quant à elles touchent tout aussi bien la santé mentale que la santé physique et que les comportements sociaux.

S'agissant de la santé mentale, on pourra retrouver : des troubles du comportements dans l'enfance et l'adolescence, des troubles dépressifs, un état de stress post-traumatique, des tentatives de suicides, des automutilations et des addictions diverses [12].

Un état général altéré, des troubles de l'alimentation et de la croissance et la survenue des maladies sexuellement transmissibles sont les conséquences retrouvées sur le plan de la santé physique [12].

Enfin, la criminalité, les pratiques sexuelles à risque, la prostitution et la déscolarisation peuvent survenir sur le plan sociétal [12].

II.2. ETAT DES PUBLICATIONS

De nombreuses études se sont intéressées aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques des personnels de santé sur la maltraitance des enfants dans le monde et en Afrique.

A- CONNAISSANCES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS

Pisimisi DC et al ont mené une étude en Grèce portant sur les connaissances et attitudes des étudiants en médecine et sciences infirmières sur la maltraitance des enfants. Un niveau insatisfaisant de connaissances a été reporté. Concernant les différentes formes de maltraitance, seulement 26% d'étudiants en médecine et 19,8% d'étudiants en sciences infirmières ont mentionné la négligence comme étant une forme possible de maltraitance. 54,7% des étudiants pouvaient reconnaître des facteurs de risques de maltraitance liés à l'enfant mais 90,6% ne savaient pas à qui référer un patient en cas de maltraitance. Les résultats de cette étude indiquent que les connaissances des étudiants sur le sujet étaient insuffisantes et devraient être renforcer par des enseignements post-universitaires [16].

En Arabie Saoudite, Alkathiri M et al ont mené une étude en 2019 portant sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé travaillant dans les centres de santé primaires sur la maltraitance infantile. Il en ressort que la majorité des participants, soit 90,3%, avait d'excellentes connaissances sur le sujet, cependant seulement 51,3% connaissaient la procédure de signalement [17]. Une étude similaire a été menée par Alaraik et al de 2019 à 2020 dans un hôpital tertiaire de la même ville. En ce qui concerne la connaissance de la violence faite aux enfants, le pourcentage de réponses correctes aux questions sur les indicateurs de violence physique des enfants variait entre 4,0% et 85,4% pour les médecins de famille et entre 11,4% et 90,25% pour les pédiatres. Le taux global de réponses correctes était de 53% pour tous les participants. La plupart des participants n'avaient pas une connaissance suffisante de l'évaluation physique des cas présumés de mauvais traitements et de négligence envers les enfants [18].

Boroon et al en Iran ont mené une étude dont l'objectif était d'examiner l'évolution des connaissances, de l'attitude et de la pratique concernant la maltraitance des enfants chez les étudiants en médecine iraniens par le biais d'un cours de stage, et le résultat des connaissances, de l'attitude et de la pratique en ce qui concerne la maltraitance des enfants chez les médecins récemment diplômés de l'Université iranienne des sciences médicales, à Téhéran, en Iran, par une étude longitudinale. Ils ont évalué les réponses des participants s'agissant des connaissances. Plus de 77% des participants ont répondu correctement à sept des huit questions de la sous-échelle de la connaissance de la prévention. Presque tous les participants (98,3%) ont correctement indiqué que les enfants qui ont été maltraités tardent généralement à parler de l'incident à quelqu'un ; 81,7% ont indiqué que, dans la plupart des cas, l'agresseur est quelqu'un que l'enfant connaît bien, et 68,5% ont convenu que la violence faite aux enfants peut se produire dans des groupes socioéconomiques élevés et n'est pas principalement associée à la pauvreté. En ce qui concerne les signes de maltraitance des enfants, 91,1% des participants ont correctement identifié le fait de mouiller leur lit après avoir appris à aller aux toilettes, 88,1% ont détecté la peur de rentrer à la maison ou des parents, 96,6% ont mentionné des antécédents vagues et 56,6% ont signalé des signes de brûlures. 59,1% des participants ne savaient pas que les ecchymoses sur les protubérances osseuses ne sont pas un signe de maltraitance. Plus de 90% des participants ont répondu correctement aux deux questions sur la connaissance du signalement. Les connaissances totales de 209 participants (88,93%) sont bonnes, et aucun des sujets n'est à un niveau médiocre [19].

Une étude exploratoire transversale des connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires de soins de santé d'urgence dans l'évaluation de la maltraitance des enfants a été menée par Pinto et al à Maputo, au Mozambique. Sur les 49 fournisseurs de soins de santé, 83,6% ont déclaré n'avoir reçu aucune éducation ou formation ou très peu. Seulement 61,2% d'entre eux savaient que la violence physique était la principale forme de maltraitance des enfants et 38,8% étaient en mesure d'identifier les symptômes correspondants de la violence physique. L'abus sexuel en tant que principale forme de maltraitance infantile a été mentionné par 26,5% et 2% ont cité ses symptômes [20].

B- ATTITUDES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITEMENT DES ENFANTS

Une étude, entre février et mai 2020, a été réalisée par la Fédération italienne des pédiatres (Federazione Italiana Medici Pediatri, FIMP) en collaboration avec le groupe de travail sur la pédiatrie sociale de l'Association Européenne de Pédiatrie, l'union des sociétés et associations nationales européennes de pédiatrie (EPA/UNEPSA) et la Confédération européenne des pédiatres de soins primaires (ECPCP). L'objectif de cette étude pilote, était d'évaluer à la fois le niveau de compréhension et de perception des concepts de maltraitance et de négligence des enfants par les pédiatres européens travaillant dans différents contextes médicaux, et l'attitude à l'égard de ces formes de maltraitance dans leur pratique. Un quart (25,9%) des participants ont évalué leurs connaissances et leurs compétences en matière de maltraitements infantiles comme étant bonnes, bien qu'améliorables et 2,6% comme excellentes, tandis que la majorité des participants ont évalué leur formation sur les maltraitements infantiles comme adéquate (42,1%) et une minorité comme inadéquate (2,6%). Au cours des trois années précédant l'étude, environ la moitié des répondants (47,8%) n'ont suivi aucun cours de formation continue, contre 40,2% qui ont suivi des programmes éducatifs sur les maltraitements des enfants. Les résultats montrent que les pédiatres européens considèrent que la formation sur la maltraitance des enfants actuellement dispensée par les programmes des facultés de médecine et les cours de résidanat en pédiatrie est largement insuffisante. Les résultats ont également montré une réticence des pédiatres à signaler les cas de maltraitance aux autorités judiciaires compétentes [21].

Sur l'île de Mayotte en 2022, une étude qualitative portant sur la perception des maltraitements infantiles par les médecins généralistes a été faite par Lapere et al. Les résultats ont

mis en évidence une perception de la maltraitance infantile, par les médecins, comme rare, cantonnée à la violence physique, sexuelle et à la dénutrition, omettant la négligence et les autres formes. Cette perception est hétérogène en fonction du lieu et type d'exercice des médecins, ainsi que de leurs préjugés. Enfin, elle est également influencée par le contexte de Mayotte (pauvreté, immigration et situation sociale), ce qui amène à s'interroger sur un seuil de perception de la maltraitance infantile différent de celui de la métropole [22].

En Arabie-saoudite en 2019, une étude sur les connaissances et attitudes des étudiants en médecine générale et bucco-dentaire a été menée. Environ 57,5% des participants ont déclaré avoir reçu une formation formelle sur la maltraitance des enfants au cours de leur étude. La majorité des participants estimait que le principal obstacle à la non-déclaration d'un cas suspect de maltraitance était la peur des conséquences (médical = 82,4%, dentaire = 68,5%). Environ 77% des participants ont convenu de la nécessité d'une formation supplémentaire pour traiter les cas suspects de maltraitance [23].

En Iran, Boroon et al ont mené une étude longitudinale sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant la maltraitance des enfants chez les étudiants en médecine iraniens par le biais d'un stage. Dans la sous-échelle de l'attitude à l'égard de la prévention de la maltraitance des enfants, presque tous les participants (97,4%) étaient tout à fait d'accord avec l'importance de l'éducation en matière de violence faite aux enfants. 86,4% des participants étaient tout à fait d'accord ou ont accepté de participer à des ateliers ou à des symposiums afin d'améliorer leurs connaissances sur la violence faite aux enfants. Par ailleurs, 67,7% des participants étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour dire qu'en raison de la peur des enfants et de l'embarras de signaler les maltraitances, le simple fait d'assurer le contact entre ces enfants et les centres de prévention de la maltraitance des enfants est inefficace pour réduire son taux. En ce qui concerne l'attitude à l'égard du diagnostic des déclarations de mauvais traitements infligés aux enfants, 94,9% des participants étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour dire qu'un médecin devrait évaluer un enfant soupçonné de mauvais traitements lors de la première visite. 52,8% des participants étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour soumettre un cas soupçonné de maltraitance d'enfant à un pédiatre, et 86,6% à un psychiatre. Plus de 90% des participants étaient tout à fait d'accord pour dire que l'éducation familiale et le soutien psychologique et social aux familles sont des moyens de traitement de la violence faite aux enfants. En ce qui concerne l'attitude à l'égard du signalement, la plupart des raisons pour lesquelles les participants

sont tout à fait d'accord ou d'accord pour ne pas signaler les cas suspects de mauvais traitements infligés aux enfants étaient les suivantes : les effets possibles sur l'enfant (46,8%), les craintes de colère des parents et de la famille (41,3%), les effets possibles sur la pratique (37,1%) et l'absence d'obligation légale ou d'autorité de signalement (29%) [19].

Une étude exploratoire transversale des connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires de soins de santé d'urgence dans l'évaluation de la maltraitance des enfants a été menée à Maputo, au Mozambique par Pinto et al. Sur les 49 fournisseurs de soins de santé, 83,6% ont déclaré n'avoir reçu aucune éducation ou formation ou très peu. Alors que 87,7% des fournisseurs de soins de santé étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour dire qu'ils jouent un rôle important dans la prévention, 51,1% étaient également fortement en désaccord ou en désaccord avec le fait qu'ils se sentaient en confiance pour diagnostiquer et traiter les cas de maltraitances infantiles. En ce qui concerne le suivi, 14,3% des répondants étaient fortement en désaccord ou en désaccord avec le fait qu'ils savaient où diriger les victimes pour un suivi plus approfondi et 14,3% ne savaient pas s'ils étaient d'accord ou non [20].

C- PRATIQUES DES PERSONNELS DE SANTE SUR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS

En Europe, Nigri et al, ont mené une étude multinationale portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance et la négligence à l'égard des enfants dans la pratique des pédiatres européens. En ce qui concerne la pratique des médecins face aux maltraitances, les services locaux de protection de l'enfance, y compris les services sociaux, ont été le premier point de référence institutionnel en cas de maltraitance infantile pour 64,1% des participants à l'étude, tandis que pour 22,4 % d'entre eux, les autorités judiciaires locales ont été leur premier choix pour signaler un cas de maltraitance. Contacter des centres hospitaliers spécialisés a été la première option pour 8% des participants, 2,9% d'entre eux ont signalé des épisodes de maltraitances infantiles à différents établissements et 2,6% n'ont fait aucun signalement [21].

Boroon et al dans une étude ont évalué les connaissances, attitude et pratique des médecins iraniens récemment diplômés à l'égard de la maltraitance des enfants. Ils notent dans la sous-échelle de pratique que : 70,2% des participants n'avaient jamais assisté à une conférence sur la violence faite aux enfants au cours des trois dernières années. 70,6% des participants n'ont pas su reconnaître, 84,7% n'ont pas référé et 86,4% n'ont pas signalé de cas de maltraitance

d'enfant au cours de la dernière année. 55,3% des médecins avaient reçu une formation sur la maltraitance des enfants avant l'obtention de leur diplôme, mais 85,1% estimaient que les enseignements pour diagnostiquer la maltraitance des enfants étaient insuffisants [19].

Dans une étude menée au Sri Lanka par Sathiadas et al, la majorité des professionnels de la santé (62%) soupçonnaient des cas de maltraitance d'enfants et seulement 64% avaient déjà signalé des cas de maltraitance aux autorités. Tous les cas suspects n'ont pas été signalés aux autorités et les principales raisons invoquées sont : l'absence d'antécédents et de preuves adéquats (6,1%), l'incertitude du diagnostic (22,3%), les effets néfastes possibles sur la famille de l'enfant (12,6%), la méconnaissance de la procédure d'orientation (10,1%), l'agressivité et la colère des parents (6,1%), les effets possibles sur sa carrière professionnelle (28,11%) et la peur et l'anxiété de la procédure judiciaire (4,47%). Tous les professionnels ont indiqué que l'éducation à la protection de l'enfance est essentielle, mais seulement 21 % ont participé à des ateliers de formation sur la maltraitance des enfants [24].

A Maputo au Mozambique, Pinto et al, afin d'examiner les pratiques des personnels soignants, ont interrogés ces derniers sur l'existence d'un protocole standard pour la prise en charge des victimes de maltraitances infantiles. Seulement 55,1% des répondants ont déclaré correctement qu'il n'y avait pas de protocole de soins pour les cas de maltraitances des enfants, tandis que 24,5% se référaient à tort à un protocole de soins existant. 16,3% ne savaient pas si un tel protocole était en place. On a ensuite demandé aux participants s'ils savaient où s'adresser pour un signalement. La plupart des participants (69,3%) étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour dire qu'ils savaient où orienter les victimes ; 14,3% étaient fortement en désaccord ou en désaccord et 14,3% des répondants ont admis qu'ils ne savaient pas [20].

D- COMPORTEMENTS LIES A LA SANTE

De nombreuses études concernant les comportements liés à la santé ont testé la théorie du comportement planifié. Atencion et al ont effectué une recherche portant sur les facteurs associés à l'intention de signaler la maltraitance d'enfants chez les infirmières de l'hôpital de district d'Iloilo, aux Philippines [25]. Les trouvailles ont révélé un faible niveau de connaissances sur la maltraitance des enfants et la loi sur le signalement, ainsi qu'une attitude positive à l'égard de la maltraitance des enfants. Leur intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants était fortement influencée par l'opinion de personnes importantes pour elles. Elles avaient

également un contrôle comportemental perçu élevé dans le signalement de la maltraitance des enfants. L'attitude, la norme subjective et le contrôle comportemental perçu étaient significativement liés à l'intention des infirmières de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants [25]. En Arabie-Saoudite, Salami et al, ont retrouvé une association significative entre les connaissances sur la maltraitance des enfants, les normes subjectives, le soutien organisationnel dans la mise en œuvre des lignes directrices et l'intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants [26]. Les résultats soulignent l'importance d'améliorer leurs connaissances sur les lois sur la maltraitance des enfants et le signalement, de promouvoir le soutien social et de créer un environnement clinique stimulant [26]. En Taïwan, Feng et al ont retrouvé chez les infirmières taiwanaises en général des attitudes négatives vis-à-vis des punitions corporelles et envers les parents qui maltraitent leurs enfants [27]. Dans le contexte de la théorie du comportement planifié, cette étude a aussi identifié une gamme d'attitudes relatives aux intentions de signaler. Les infirmières acceptent leur devoir de signaler, mais elles croient avoir été mal préparées à ce niveau. Il existe un besoin notable de fournir des programmes de formation tant pour les étudiantes que pour les infirmières graduées [27]. Hye-Mi et al, en Corée, ont également retrouvé que l'attitude à l'égard de la maltraitance des enfants était le prédicteur le plus influent de l'intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants par les infirmières coréennes [28]. La connaissance de la maltraitance des enfants et le contrôle comportemental perçu étaient les facteurs influençant de manière significative les prédicteurs de l'intention de signalement [28]. Ces variables expliqueraient 22,1% des écarts dans l'intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants par les infirmières des urgences. [28].

E- TYPES D'ETUDES UTILISEES

Face à la sous-évaluation des cas de maltraitances présente dans différents pays du globe, certains auteurs scientifiques ont entrepris d'évaluer les aptitudes du personnel sanitaire face aux cas de maltraitances infantiles. Les chercheurs que nous avons cités dans notre revue de la littérature avaient mené en majorité des études transversales descriptives et analytique de type CAP. Cependant, il existe également des publications scientifiques orientées plutôt sur les études comportementales liés à l'intention de signaler. Ces études ont permis de mettre en exergue les facteurs associés à l'intention de signaler dans plusieurs pays, appuyé par la théorie du comportement planifié, notamment l'attitude du personnel soignant, les connaissances sur le sujet et le contrôle comportemental perçu. Aucune étude n'ayant encore été effectué sur le sujet dans

notre contexte, nous avons trouvé judicieux de conduire une étude transversale de type CAP, décrite dans la méthodologie qui suit.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale de type Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP)

III.2. Lieux de l'étude

Notre étude avait pour cadre sept hôpitaux de la ville de Yaoundé à savoir l'HD de Biyem-Assi, l'HD de la Cité-Verte, l'HD de Djoungolo, l'HD d'Efoulan, l'HD de Mvog-Ada, l'HD de Nkolndongo, l'HD d'Odza,

III.3. Justification des lieux d'études

Les hôpitaux sélectionnés ont été choisis dans tous les districts de santé de la ville de Yaoundé, afin d'obtenir une bonne représentativité de notre population d'étude. Ils ont en commun d'être plus proches de la population étant des hôpitaux de quatrième catégorie et abritant tous un service de pédiatrie recevant tout enfant, notamment en urgence ou en consultation externe.

III.4. Durée de l'étude

Cette étude s'est déroulée du 15 septembre 2023 au 15 avril 2024 soit une durée de 08 mois. Elle a débuté par la rédaction du protocole qui s'est faite d'octobre 2023 à novembre 2023. La collecte des données a été réalisée sur une période de 09 semaines du 25 janvier au 28 mars.

III.5. Population d'étude

III.5.1. Population source

Il s'agissait des médecins généralistes et pédiatres exerçant dans la ville de Yaoundé.

III.5.2. Population cible

Elle comprenait les médecins généralistes et pédiatres travaillant dans les hôpitaux que nous avons retenus.

III.5.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les médecins généralistes et pédiatres des hôpitaux sélectionnés, présents et ayant consenti à participer à notre étude en le confirmant par écrit.

III.5.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus les médecins désirant se retirer en cours d'étude.

III.6. Echantillonnage

La sélection des médecins pour notre étude a été faite par une méthode non aléatoire et sans base de sondage. Notre échantillonnage sera donc non probabiliste.

III.7. Procédure

a. Considérations éthiques et administratives

Dans notre étude :

- Humblement nous avons justifiés l'initiative du présent travail et observons que ce sujet est d'une importante actualité. Nos résultats seront utiles à l'élaboration de la politique des soins de l'enfance et de l'adolescence ;
- Le design d'étude transversale descriptive convient bien aux études CAP des médecins sur la maltraitance infantile, comme plusieurs auteurs (références) l'ont montré avant nous ;
- L'équipe qui nous a dirigés dans ce projet est nantie d'une multidisciplinarité ; soit un Professeur Titulaire de pédiatrie, un Maître de Conférence de médecine légale et un médecin pédiatre Maître-assistant
- Notre projet d'étude n'a entraîné ni dommage sur les médecins, ni dépenses, ni inconvénients à leur endroit ;
- Le consentement des participants a été recherché après que nous leur avons fourni un document informatif simple et exacte sur le sujet.
- La vie privée des participants a été respectée en ce qu'ils ont été abordés loin d'éventuels intrus ;
- Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêts dans la conduite de ce projet académique.

b. Collecte de données

La collecte de données s'est faite à travers l'utilisation d'un questionnaire bilingue inspiré de la littérature [19]. Ce dernier a été préalablement testé sur une population de 10 résidents en pédiatrie. À la suite de cela, des modifications ont été apportées notamment dans la section des attitudes et dans la section des pratiques. S'agissant des attitudes en regard de la prévention, la question sur l'importance de la révision des lois sur les maltraitances des enfants a été supprimée car le code de protection de l'enfance au Cameroun est encore en projet. Il n'existe donc pas encore de lois propres aux enfants. Il est également à signaler que le nombre de propositions de réponses aux questions de la section pratique a été réduits en « OUI » et « NON » car les propositions initiales indiquant le nombre de fois que l'acte décrit a été posé était difficile à

identifier par les résidents. Ainsi, notre questionnaire comportait 4 sections selon les rubriques suivantes :

- Données socio-démographiques : genre, âge, parentalité, spécialité, faculté de formation, nombre d'années d'exercices.
- Connaissances : quatre questions sur les généralités, huit questions sur la prévention, huit questions sur le diagnostic, sept questions sur le traitement et cinq questions sur le signalement.
- Attitudes : cinq questions sur la perception des violences sur enfants, trois questions sur l'attitude à l'égard de la prévention, quatre questions sur l'attitude à l'égard du diagnostic, quatre questions sur l'attitude vis-à-vis du traitement et six questions sur l'attitude à l'égard du signalement.
- Pratiques : trois questions sur la pratique de la prévention, deux questions sur la pratique du diagnostic et sept questions sur la pratique du signalement.

La collecte se déroulait les jours ouvrables, le plus souvent après les consultations ou pendant les gardes, et l'administration du questionnaire se faisait selon la disponibilité des soignants. A tous les médecins remplissant les critères d'inclusions, les objectifs et la procédure de l'étude étaient expliqués, la demande de consentement éclairé était remise et nous veillions à ce que celle-ci soit signée avant le remplissage du questionnaire. Les données qui étaient collectées étaient vérifiées quotidiennement avant d'être introduites dans un logiciel pour être analysées. Une fois la collecte terminée, nous avons procédé à l'analyse des données.

III.8. Synthèse et Analyse statistique des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistiques 25 selon les variables :

- **Données socio-démographiques** : genre, âge, parentalité, spécialité, faculté de formation, nombre d'années d'exercices.
- **Connaissances sur les maltraitances infantiles** : généralités, prévention, diagnostic, traitement et signalement.
- **Attitudes vis-à-vis des maltraitances infantiles** : perception des violences sur enfants, attitudes à l'égard de la prévention, attitudes à l'égard du diagnostic, attitudes vis-à-vis de la prise en charge
- **Pratiques contre les maltraitances sur enfants** : pratique de la prévention, pratique du diagnostic et pratique du signalement.

Les critères de notation étaient appliqués comme suit :

- Pour les sections « connaissances » et « pratiques », on avait deux types de notation. Les questions à choix multiples étaient notées sur 03 points ; soit 03 points pour la proposition correcte, 02 points pour la proposition moyenne, 01 point pour la proposition insuffisante et 00 point pour la proposition incorrecte. Les questions ayant une seule réponse juste quant à elles étaient notées sur 01 point. Ainsi la section « connaissances » était notée sur 49 points et la section « pratiques » sur 20 points.
- Pour la section « attitudes », nous avons utilisé l'échelle de Likert (Tout à fait d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord, pas du tout d'accord). Toutes les questions étaient notées sur 04 avec 04 points pour la réponse la plus correcte et 00 point pour la réponse la moins correcte. On avait donc dans cette section un nombre maximal de points de 92.

Au total nous avons 66 questions notées sur 161 points.

Les variables qualitatives étaient exprimées en fréquence ; les variables quantitatives étaient exprimées en moyennes et écart-types. Les graphes ont été réalisées à l'aide du tableur Excel.

L'évaluation du niveau global de connaissances, attitudes et pratiques s'est faite selon la grille d'évaluation suivante, inspirée de l'article de Essi et al [29] :

Tableau II: Grille d'évaluation

	Catégories	Cotations	Nombre de points
Niveau de connaissances	Faible	<50%	< 25
	Insuffisant	[50% ; 65% [	[25 ; 32[
	Moyen	[65% ; 85% [	[32 ; 42[
	Bon	≥85%	≥42
Qualité des attitudes	Néfaste	<25%	<23
	Erronée	[25%-50% [	[23 ; 46 [
	Approximative	[50%-75% [	[46 ; 69 [
	Juste	≥75%	≥ 69
Qualité des pratiques	Néfaste	< 50%	<10
	Inadéquate	[50%-70% [	[10 ; 14[
	Adéquate	≥70%	≥14

Ensuite, pour la recherche des facteurs associés, nous avons regroupés les pratiques en deux groupes soit : Bonnes pratiques (supérieur ou égal à 50%) et mauvaises pratiques (inférieur à

50%). La recherche d'association a été faite grâce au test de Chi-carré et les données ont été considérées comme significative pour une valeur $P < 0,05$ avec un intervalle de confiance à 95%.

CHAPITRE IV : RESULTATS

Ce chapitre est présenté en 5 sections : le schéma de recrutement de la population, le profil socio-démographique, l'évaluation des connaissances sur les maltraitances infantiles, la description des attitudes vis-à-vis des maltraitances infantiles et l'identification des pratiques face aux maltraitances infantiles.

IV.1. RECRUTEMENT

Le recrutement a été fait auprès des médecins généralistes et des pédiatres des 08 hôpitaux de districts de la ville de Yaoundé.

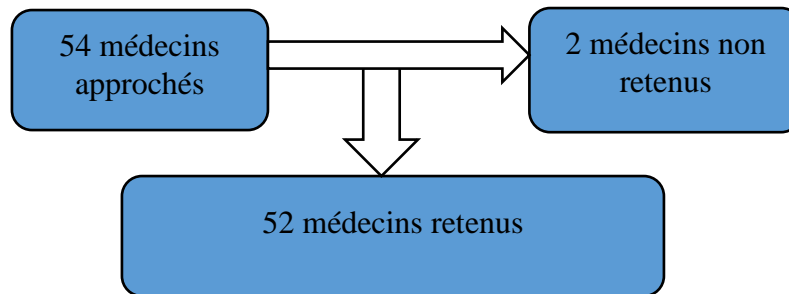


Figure : Diagramme de recrutement.

52 médecins ont été inclus, soit un taux de réponse de 96,3%. Leurs caractéristiques sociodémographiques ont été recensées et classées dans la section qui suit :

IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, le sex-ratio H/F était de 0,33. L'âge moyen était de $30,4 \pm 4,5$ ans, avec des extrêmes allant de 22 à 49 ans. La majorité des participants étaient médecins généralistes (86,5%), avec une durée d'exercice entre 5 ans et 10 ans (51,9%) et parents (51,6%).

Tableau III: Données sociodémographiques

Variables	Modalités	Effectif (n=52)	Fréquence (%)
Tranche d'âge (années)	[20-30[	21	40,4
	[30-40[	29	55,8
	[40-50[	2	3,8
Sexe	Féminin	39	75
	Masculin	13	25
Spécialité	Médecin généraliste	45	86,5
	Médecin pédiatre	7	13,5
Nombre d'années d'exercice	<5	23	44,2
	[5-10[	27	51,9
	>10	2	3,8
Parentalité	Oui	31	51,6
	Non	21	40,4

IV.3. EVALUATION DES CONNAISSANCES

IV.3.1. Connaissances générales

La majorité des participants (69,2%) connaissait la définition exacte des maltraitances infantiles. Ils avaient également connaissance de l'existence de ce phénomène dans notre contexte, bien que sous-diagnostiqué (69,2%). Presque tous les participants de notre étude (94,2%) avaient connaissance d'au moins un type de maltraitance. Cependant, nous notons que seul 69,2% des médecins ont pu identifier tous les types de maltraitances répertoriés dans la littérature telles que représentées dans le tableau ci-après :

Tableau IV: Répartition de la population d'étude selon les connaissances générales sur les maltraitances infantiles

Variable	Effectif (n=52)	Pourcentage (%)
Définition maltraitances infantiles		
Traumatismes physique et/ou psychologique non accidentels infligés aux enfants	13	25,0
Toute violence présentant des conséquences graves sur la santé et le développement de l'enfant	3	5,8
Toute violence physique, psychologique, abus sexuel et/ou négligence ayant des conséquences préjudiciables	36	69,2
Quels sont les différents types de maltraitance		
Je ne sais pas	3	5,8
Maltraitances physiques et psychologiques	10	19,2
Maltraitances physiques, psychologiques et abus sexuels	3	5,8
Maltraitances physiques, psychologiques, abus sexuel, négligences	36	69,2
Existence des maltraitances des enfants au Cameroun		
Elles sont peu fréquentes	1	1,9
Elles sont fréquentes avec des données correspondant à la réalité	15	28,8
Elles sont fréquentes mais sous diagnostiquer	36	69,2

IV.3.2. Connaissances sur la prévention

S'agissant de la prévention, le facteur de risque le plus connu était les grossesses non désirées (94,2%). Toutefois une proportion non négligeable ignorait le caractère protecteur des relations sociales étendues (50%) et seulement 17 participants (32,7%) avaient connaissance du fait qu'un antécédent de maltraitance vécu par les parents pendant leur enfance, constituait un risque pour la progéniture de ces derniers. La répartition de la population d'étude selon les connaissances sur la prévention de la maltraitance nous est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau V: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur la prévention de la maltraitance

Variable	Effectif (n=52)	Pourcentage (%)
La prévention des grossesses non désirées peut réduire le risque de maltraitance des enfants		
Oui	49	94,2
Non	3	5,8
La prévalence de la maltraitance des enfants est plus élevée dans les mariages forcés ou dans les très jeunes couples		
Oui	38	73,1
Non	14	26,9
Parler à l'enfant d'abus sexuels peut provoquer de la peur ou de la perversion		
Oui	16	30,8
Non	36	69,2
Pour prévenir la maltraitance des enfants, il est plus efficace d'éduquer les enfants que d'éduquer les familles.		
Oui	12	23,1
Non	40	76,9
Le risque d'exposition à des abus chez un enfant présentant une anomalie et un handicap est plus élevé que les autres enfants		
Oui	34	65,4
Non	18	34,6
Le soutien financier des familles à faible revenu peut prévenir la maltraitance des enfants		
Oui	47	90,4
Non	5	9,6
Dans les familles avec relations sociales étendues, les enfants sont plus à risque de maltraitance		
Oui	26	50,0
Non	26	50,0
Les parents qui ont été maltraités eux-mêmes dans leur enfance sont moins à risque de maltraiter leurs enfants.		
Oui	17	32,7
Non	35	67,3

IV.3.3. Connaissances sur l'anamnèse du diagnostic de maltraitances infantiles

Les praticiens avaient connaissance pour la plupart (73,1%) du silence habituel de la victime sur l'identité des auteurs après les méfaits et du caractère vague et variant de l'histoire de la maladie (73,1%). La quasi-totalité (98,1%) reconnaissait la peur de rentrer à la maison comme signe émotionnel évocateur de maltraitance chez l'enfant. La totalité des participants (100%) avait conscience que l'auteur de la maltraitance était toujours bien connu de la victime tel qu'énoncé dans le tableau VII.

Tableau VI: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur l'anamnèse du diagnostic de maltraitances infantiles

Variable	Effectif (n=52)	Pourcentage (%)
Les enfants victimes de maltraitance dénoncent habituellement les auteurs justes après les méfaits		
Oui	14	26,9
Non	38	73,1
Les signes émotionnels et psychologiques de maltraitance peuvent inclure la peur de rentrer à la maison ou la peur des parents		
Oui	51	98,1
Non	1	1,9
Une histoire de la maladie vague et différente à chaque fois est un indicateur possible de maltraitance.		
Oui	38	73,1
Non	14	26,9
L'auteur dans la plupart des cas est quelqu'un bien connu de la victime		
Oui	52	100,0
Non	0	0

IV.3.4. Connaissances sur les éléments cliniques

S'agissant des éléments cliniques, les ecchymoses d'âge différents (76,9%), les notions de tentative de suicide (76,9%) et la négligence parentale (69,2%) étaient les plus connus. Toutefois la plupart, soit 85,7% de ces éléments était connue par au moins la moitié des cliniciens. La fréquence de connaissances des autres éléments cliniques nous est présentée dans le tableau VIII.

Tableau VII: Répartition de la population d'étude selon les connaissances des signes de la maltraitance

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
Les propositions suivantes sont les signes en faveur d'une maltraitance chez l'enfant :		
Abus d'alcool ou d'autres drogues	43(82,7)	9(17,3)
A tenté de se suicider	40(76,9)	12(23,1)
Ecchymoses d'âges différents	40(76,9)	12(23,1)
Ecchymoses sur les proéminences osseuses	36(69,2)	16(30,8)
Parents négligents	36(69,2)	16(30,8)
Personnalité timide	35(67,3)	17(32,7)
Ecchymoses au niveau du thorax, des lombes et de la face interne des cuisses	34(65,4)	18(34,6)
Traumatisme crânien	34(65,4)	18(34,6)
Marques de brûlures	33(63,5)	19(36,5)
Fractures des côtes antérieures	32(61,5)	20(38,5)
Retard de consultation	32(61,5)	20(38,5)
Hématome sous-dural	31(59,6)	21(40,4)
Cassure de la courbe pondérale	31(59,6)	21(40,4)
Hémorragies rétinienues	28(53,8)	24(46,2)
Plaies aux berges nettes	28(53,8)	24(46,2)
Fracture du sternum	26(50)	26(50)
Marques de morsure	25(48,1)	27(51,9)
Dents cassées après une chute	20(38,5)	32(61,5)
Ulcération de la luvette	11(21,2)	41(78,8)
Carie dentaire	4(7,7)	48(92,3)

IV.3.5. Connaissances sur la prise en charge

La totalité des participants avait conscience de la nature multidisciplinaire de la prise en charge. Nous notons cependant que la moitié (50%) ignorait l'inanité de l'accord parental pour hospitalisation en cas de suspicion de maltraitances. Plus de la moitié des participants savait que la prise en charge psychologique était obligatoire (55,8 %) et que la première aide psychologique ne nécessitait pas un spécialiste de santé mentale (65,4%). Cependant, la presque totalité (96,2%) ignorait l'existence de l'approche psychologique de prise en charge préconisée par l'OMS. Les thérapies de groupe (94,2%) et les médicaments (73,1%) étaient bien connus comme moyens efficaces de prise en charge des maltraitances.

Tableau VIII: : Répartition de la population d'étude selon les connaissances de la prise en charge des maltraitances

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
La prise en charge est multidisciplinaire (pédiatre, médecin légiste, psychiatre, assistante sociale, juriste)	52(100)	0(0)
En cas de suspicion de maltraitance, l'enfant doit être hospitalisé même sans l'accord parental	26(50)	26(50)
La prise en charge psychologique est nécessaire mais n'est pas obligatoire pour tous les enfants victimes de maltraitances	23(44,2)	29(55,8)
La première aide psychologique ne doit être effectuée que par un professionnel de la santé mentale	18(34,6)	34(65,4)
Les thérapies de groupe et familiales sont importantes	49(94,2)	3(5,8)
Les médicaments ne sont pas utiles	14(26,9)	38(73,1)
Connaissance approche LIVES CC	2(3,8)	50(96,2)

IV.3.6. Connaissances sur le signalement

La majorité des participants (96,2%) savaient que les médecins ont la responsabilité morale de signaler tout acte de maltraitance. Cependant, jusqu'à 59,6% des médecins ignoraient que le consentement familial n'était pas nécessaire pour le signalement d'une maltraitance.

Tableau IX: Répartition de la population d'étude selon les connaissances sur le signalement

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
Les médecins ont la responsabilité morale de signaler tout signe de maltraitance envers un enfant.	50(96,2)	2(3,8)
Le signalement au Cameroun est une dérogation absolue au secret médical	30(57,7)	22(42,3)
Les médecins ne peuvent pas signaler sans le consentement de la famille.	21(40,4)	31(59,6)
Circonstances où le médecin doit signaler		
Toutes circonstances, même si une maltraitance envers un enfant est seulement soupçonnée	31(59,6)	21(40,4)
Dans les cas où la violence physique envers un enfant est répétitive	31(59,6)	21(40,4)
Sur déclaration de l'enfant	19(36,5)	33(63,5)
Jamais	3(5,8)	49(94,2)

IV.3.7. Connaissances sur les institutions de signalement

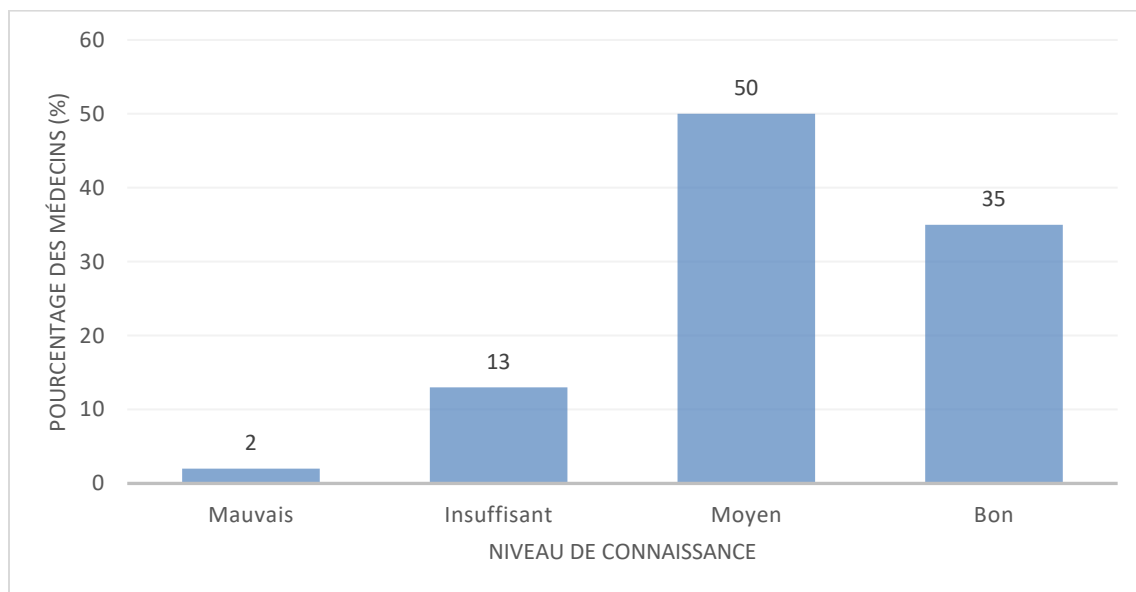
Le quart des médecins interrogés (25%) ne savaient pas à qui faire recours en cas de maltraitance, comme nous le montre le tableau suivant :

Tableau X: Répartition de la population d'étude selon la Connaissance de l'autorité à qui signaler

Variable	Effectif (n=52)	Pourcentage
Autorité à laquelle il faut signaler		
Chef de votre service	7	13,5
Directeur de l'hôpital	4	7,7
Ministère de la Santé Publique	2	3,8
Services sociaux et/ou judiciaires et/ou Police	39	75,0

IV.3.8. Niveau global de connaissances sur les maltraitances infantiles

La répartition des médecins selon le niveau global de connaissances nous est présentée par la figure ci-après. La moitié des médecins quelle que soit la spécialité avaient un niveau de connaissance moyen sur les maltraitances infantiles.

**Figure 6:** Niveau global de connaissances sur les maltraitances infantiles

La présente étude a également recherché les attitudes des médecins vis-à-vis des maltraitances infantiles qui nous seront présentées par la suite.

IV.4. ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA MATRAITANCE INFANTILE

IV.4.1. Perception des maltraitances infantiles par les médecins

Concernant la perception des maltraitances infantiles par les médecins, près de la moitié étaient favorables à l'administration des bastonnades disciplinaires (46,2%). Cependant, la grande majorité (80,8%) était pour la communication des enfants avec leurs parents en cas de désaccord. Nous pouvons également observer que près de la moitié de nos participants (48,1%) ne tolérait pas du tout la violence verbale comme alternative à la violence physique.

Tableau XI: Répartition de la population selon la perception des maltraitances

Perception de la maltraitance par les médecins en contexte camerounais	Tout à fait d'accord n(%)	D'accord n(%)	Neutre n(%)	Pas d'accord n(%)	Pas du tout d'accord n(%)
Le fouet/ La fessée/ Les bastonnades sont des méthodes de disciplines efficaces	11(21,2%)	13(25%)	9(17,3%)	12(23,1%)	7(13,5%)
Personne ne doit dire à un parent comment éduquer son enfant	2(3,8%)	1(1,9%)	16(30,8%)	25(48,1%)	8(15,4%)
Un parent qui ne punit pas son enfant lorsqu'il se comporte mal est un mauvais parent	12(23,1%)	17(32,7%)	6(11,5%)	10(19,2%)	7(13,5%)
Un enfant n'a pas le droit d'exprimer son désaccord envers son parent	1(1,9%)	0(0)	9(17,3%)	24(46,2%)	18(34,6%)
La violence verbale est plus tolérable que la violence physique	4(7,7%)	2(3,8%)	9(17,3%)	12(23,1%)	25(48,1%)

IV.4.2. Attitudes vis-à-vis de la prévention

S'agissant des attitudes des médecins vis-à-vis de la prévention des maltraitances, tous les participants avaient donné leur accord pour la formation du personnel médical sur les maltraitances des enfants et aimeraient assister à des formations pour améliorer leurs connaissances sur le sujet. Cependant 57,6% pensaient que les centres de prévention des maltraitances, notamment les services des affaires sociales ne permettent pas d'en réduire le taux.

Tableau XII: Répartition de la population selon l'attitude face à la prévention de la maltraitance

Attitudes face à la prévention des maltraitances des enfants	Tout à fait d'accord n(%)	D'accord n(%)	Neutre n(%)	Pas d'accord n(%)	Pas du tout d'accord n(%)
Importance de la formation sur les maltraitances des enfants	35(67,3%)	17(32,7%)	0(0)	0(0)	0(0)
Organisation des ateliers/symposiums pour amélioration des connaissances	30(57,7%)	22(42,3%)	0(0)	0(0)	0(0)
En raison de la peur des enfants à l'idée de dénoncer leurs maltraitances, leur permettre de contacter les centres de prévention ne permet pas d'en réduire le taux.	15(28,8%)	15(28,8%)	6(11,5%)	13(25%)	3(5,8%)

IV.4.3. Attitudes des médecins à l'égard du diagnostic

La majorité des participants (78,8%) était tout à fait d'accord avec le dépistage systématique des enfants soupçonnés de maltraitance. Cependant 71,2% trouvaient le temps de consultation insuffisant et la moitié préférerait référer les cas soupçonnés car n'avaient pas suffisamment confiance en leurs connaissances.

Tableau XIII: Répartition de la population selon l'attitude à l'égard du diagnostic

Attitude à l'égard du diagnostic de maltraitance infantile	Tout à fait d'accord n(%)	D'accord n(%)	Neutre n(%)	Pas d'accord n(%)	Pas du tout d'accord n(%)
Un enfant soupçonné de maltraitance doit être évalué par un médecin lors de la première visite.	41(78,8%)	8(15,4%)	1(1,9%)	0(0)	2(3,8%)
La plupart des médecins ne disposent pas de suffisamment de temps en consultation pour évaluer les patients soupçonnés de maltraitance envers les enfants.	16(30,8%)	21(40,4%)	5(9,6%)	9(17,3%)	1(1,9%)
Je préfère référer un cas soupçonné de maltraitance d'enfant car je n'ai pas acquis suffisamment de connaissances pour le prendre en charge	14(26,9%)	12(23,1%)	7(13,5%)	16(30,8%)	3(5,8%)

IV.4.4. Attitudes des médecins à l'égard de la prise en charge

La plupart des médecins (94,3%) reconnaissait jouer un rôle primordial en tant que professionnels de santé dans la prise en charge des maltraitances infantiles. La totalité reconnaissait l'impact de l'éducation des familles et du soutien psychologique pour la prise en charge des enfants maltraités. Toutefois, la majorité (61,5%) accusait la collaboration avec les autres corps de métiers comme problème majeur de la prise en charge de ces patients dans notre pays. Leurs attitudes vis-à-vis du signalement sont décrites dans le tableau ci-après :

Tableau XIV: Répartition de la population selon l'attitude à l'égard du traitement

Attitude à l'égard du traitement des maltraitances infantiles	Tout à fait d'accord n(%)	D'accord n(%)	Neutre n(%)	Pas d'accord n(%)	Pas du tout d'accord n(%)
Les médecins jouent un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients	29(55,8%)	20(38,5%)	3(5,8%)	0(0)	0(0)
Eduquer la famille sur la maltraitance des enfants est l'un des moyens de traitement	29(55,8%)	23(44,2%)	0(0)	0(0)	0(0)
Le soutien psychologique et social est un moyen de traitement indispensable dans la prise en charge de ces enfants	39(75%)	13(25%)	0(0)	0(0)	0(0)
La collaboration multidisciplinaire (médecins services sociaux, juriste) est un problème majeur dans la prise en charge de ces patients	32(61,5%)	10(19,2%)	7(13,5%)	1(1,9%)	2(3,8%)

IV.4.5. Attitudes des médecins à l'égard du signalement

La raison majeure pour laquelle les médecins (51,9%) étaient susceptibles de ne pas signaler était le doute diagnostique. Nous notons également que pour plus de la moitié des participants, l'absence d'obligations légales (86,6%), la crainte de la réaction des parents (76,9%) et l'ignorance des procédures (71,2%) ne constituaient pas un frein au signalement.

Tableau XV : Répartition de la population selon les raisons du non-signalement

Raisons du non-signalement	Tout à fait d'accord n(%)	D'accord n(%)	Neutre n(%)	Pas d'accord n(%)	Pas du tout d'accord n(%)
Les conséquences possibles sur l'enfant	2(3,8%)	11(21,2%)	6(11,5%)	14(26,9%)	19(36,5%)
Pas de preuves suffisantes/Je ne suis pas sûr de mon diagnostic	8(15,4%)	19(36,5%)	14(26,9%)	9(17,3%)	2(3,8%)
Je ne savais pas à qui signaler	8(15,4%)	3(5,8%)	4(7,7%)	26(50%)	11(21,2%)
Crainte de la colère des parents et de la famille	2(3,8%)	3(5,8%)	7(13,5%)	15(28,8%)	25(48,1%)
Aucune obligation légale de signaler	2(3,8%)	0(0)	5(9,6%)	21(40,4%)	24(46,2%)
Effets possibles sur ma pratique	7(13,5%)	3(5,8%)	9(17,3%)	18(34,6%)	15(28,8%)

IV.4.6. Qualité globale des attitudes

La figure 7 nous expose la répartition des médecins en fonction de la qualité globale de leurs attitudes. Ceux-ci avaient pour la plupart des attitudes approximatives (40,1%) et erronées (38,3%). Seuls 17,2% de nos participants avaient des attitudes justes.

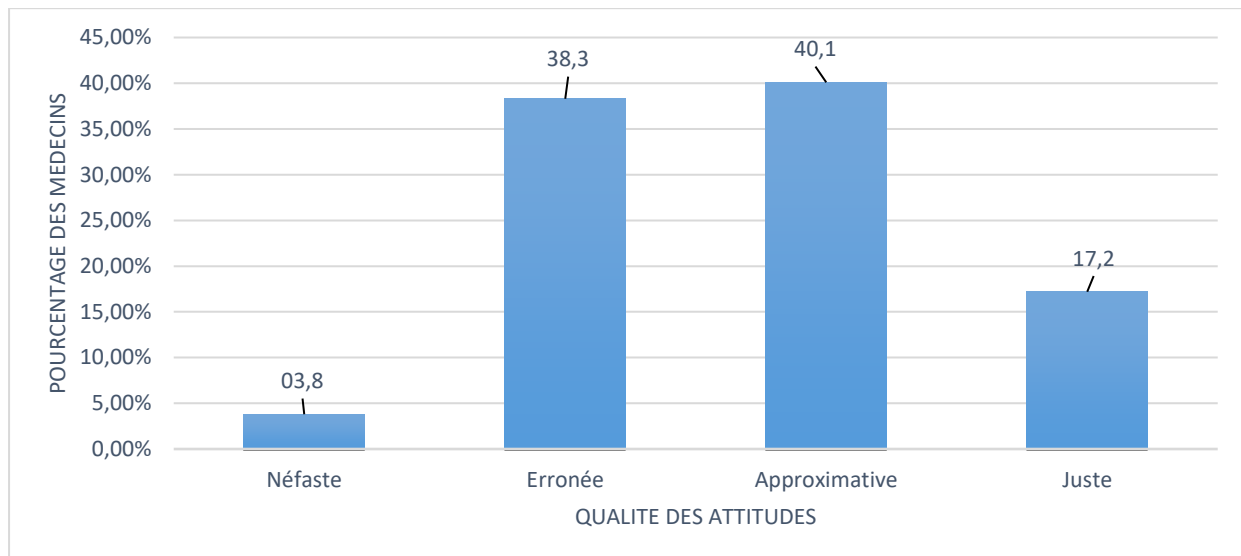


Figure 7: Qualité des attitudes vis-à-vis des maltraitances infantiles

IV.5. PRATIQUES VIS-A-VIS DES MALTRAITANCES INFANTILES

IV.5.1. Pratiques des médecins en rapport avec la prévention des maltraitances infantiles

Peu de médecins, soit 26,9%, avaient reçu une formation sur les maltraitances infantiles avant l'obtention de leurs diplômes. Le reste des participants ayant été formés (44,2%) sur le sujet l'avait fait à travers divers moyens à l'instar des EPU, des symposiums et des lectures personnelles. Par ailleurs, seuls 46,2% de médecins avaient évoqué le sujet des maltraitances en consultations avec les parents tels que nous pouvons le constater dans le tableau ci-après :

Tableau XVI: Répartition de la population selon la pratique de la prévention des maltraitances infantiles

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
Formation initiale sur les maltraitances	14(26,9)	38(73,1)
Formation continue sur les maltraitances	23(44,2)	29(55,8)
Entretien avec parents sur les maltraitances	24 (46,2)	28 (53,8)

IV.5.2. Pratiques des médecins en rapport avec le diagnostic de maltraitances infantiles

Quarante-deux médecins (80,8%) avaient déjà suspecté un cas de maltraitance et seul 69,2% de ces derniers l'ont confirmé et ont mené comme action prépondérante le signalement tel que présenté dans le tableau qui suit :

Tableau XVII: Répartition de la population selon les Pratiques en rapport avec le diagnostic

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
Avez-vous déjà suspecté des cas de maltraitances infantiles ?	42(80,8)	10(19,2)
Avez-vous déjà diagnostiqué des cas de maltraitances infantiles ?	36 (69,2)	16 (30,8)
Si oui, qu'avez-vous fait ? (n=36)		
Rien	0	/
Proférer des menaces aux parents	10(27,8)	/
Rédiger les faits dans le dossier sans signaler	13(36,1)	/
Signaler	26 (72,2)	/

IV.5.3. Pratiques des médecins en rapport avec le signalement des maltraitances infantiles

Concernant les signalements effectués par les médecins de notre étude, 26,1% sont parvenues à l'autorité compétente que sont les services sociaux et juridiques par le billet d'un rapport médical dans 43,5% des cas.

Tableau XVIII: Répartition de la population selon les Pratiques en rapport avec le signalement des maltraitances des enfants

Variable	n (%)
A qui avez-vous signalé ? (n=26)	
Chef de votre service	19 (73,1)
Directeur de l'hôpital	5 (19,2)
Ministère de la Santé Publique	0
Services sociaux/ Judiciaires/ Police / ONG	7 (26,9)
Par quels moyens l'avez-vous fait ? (n=26)	
Messages	0
Appel téléphonique	15 (57,7)
Rapport médical	11 (42,3)
Autres ("Précisez)	0

IV.5.4. Pratiques des médecins en rapport avec les pratiques de dénonciation

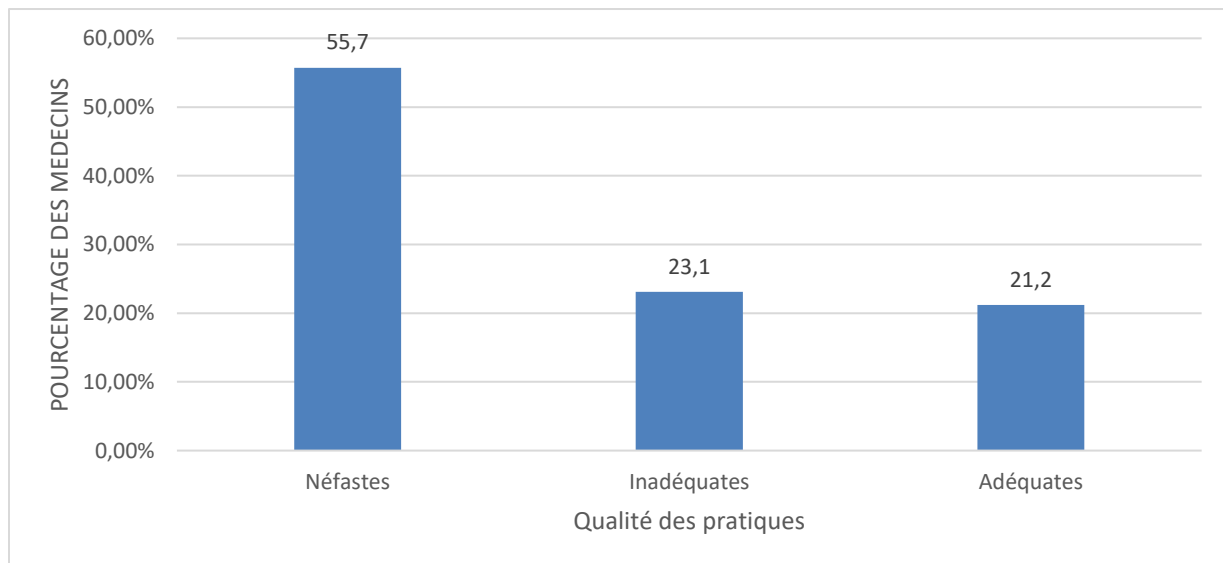
Plus de la moitié (55,5%) de nos participants avaient déjà reçus des cas de maltraitances infantiles sans toutefois les signaler. L'ignorance des procédures de signalement ne constituait pas un frein au signalement, mais plutôt le manque d'assurance face au diagnostic tel que présenté dans le tableau ci-après :

Tableau XIX : Répartition de la population selon les Pratiques de dénonciation

Variable	Oui n(%)	Non n(%)
Avez-vous déjà reçu des cas de maltraitances infantiles sans toutefois les signaler ?	20(55,6)	16(44,4)
Si Oui, pourquoi ? (n=20)		
Les conséquences possibles sur l'enfant	5 (25)	/
Pas de preuves suffisantes/Je ne suis pas sûr de mon diagnostic	9 (45)	/
Je ne savais pas à qui signaler	2 (10)	/
Crainte de la colère des parents et de la famille	0	/
Aucune obligation légale de signaler	1 (5)	/
Effets possibles sur ma pratique	0	/
Autres (Manque de confiance aux autorités administratives)	4 (20)	/

IV.5.5. Niveau de pratiques global des médecins sur les maltraitances infantiles

Plus de la moitié des médecins (55,7%) avait des pratiques néfastes tel que présentées sur la figure ci-dessous :

**Figure 8:** Pratiques vis-à-vis des maltraitances infantiles

IV.5.6. Facteurs associés

Les facteurs associés au niveau de connaissance, à la qualité des attitudes et à celle des pratiques ont été recherchées afin de déterminer une potentielle association statistiquement significative grâce au test de Chi-carré avec un seuil de négativité de 5%. Il n'y avait aucune association statistiquement significative entre les données sociodémographiques et ni les connaissances, ni les attitudes. Il existait une association statistiquement significative entre la spécialité et les pratiques des médecins. En effet, le fait d'être médecin généraliste était significativement lié aux mauvaises pratiques ($p=0,035$).

Tableau XX: Facteurs associés aux pratiques des médecins vis-à-vis des maltraitances infantiles

Variable indépendante	Pratiques		OR (IC à 95%)	Valeur p
	Mauvaises (n=29) n(%)	Bonnes (n=23) n (%)		
Sexe				
Masculin	6(46,2)	7(53,8)	0,6 (0,2-2,1)	0,420
Féminin	23(59)	16(41)		
Spécialité				
Médecin généraliste	28(62,2)	17(37,8)	9,9 (1,1-89,3)	0,035
Pédiatre	1(14,3)	6(85,7)		
Nombre d'années d'exercice				
Moins de 5 ans	15(65,2)	8(34,8)	2 (0,7-6,2)	0,222
≥ 5ans	14(48,3)	15(51,7)		
Age				
[20-30[ans	13(61,9)	8(38,1)	1,5 (0,5-4,7)	0,463
[30-35[ans	12(57,1)	9(42,9)	1,2 (0,4-3,4)	1,000
≥35ans	4(40)	6(60)	0,4 (0,1-1,8)	0,307
Parent				
Oui	17(54,8)	14(45,2)	0,9 (0,3-2,8)	1,000
Non	12(57,1)	9(42,9)		

CHAPITRE V : DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique de type CAP. Elle avait pour objectif général d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie de la ville de Yaoundé sur les maltraitances infantiles, dans le but d'optimiser le diagnostic et d'améliorer la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements. Nous avons inclus 52 médecins et retrouvé un niveau global de connaissances moyen, une qualité globale des attitudes approximatives et des pratiques jugées globalement néfastes.

V.1. LIMITES DE L'ETUDE

Bien que ressortir le niveau des médecins pourrait constituer la force cette étude, elle a cependant présenté des limites :

- La possibilité d'un biais de rappel étant donné que les participants dussent rapporter des événements passés ;
- Le risque d'une mauvaise appréciation par les participants au moment de renseigner les réponses à caractère auto-déclarée.

V.2. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Notre étude a concerné aussi bien les médecins généralistes que les pédiatres. Le sex-ratio H/F était de 0,33. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que, par vocation, les femmes sont appelées à prendre soin de leur entourage et particulièrement des enfants. Ceci pourrait expliquer leur attrait pour les métiers de la santé en général et celle de l'enfant en particulier. Ce résultat concorde avec celui d'une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur les maltraitances infantiles à Maputo où la majorité des répondants étaient des femmes (69,4%) [20].

L'âge de la population était compris entre 22 et 49 ans, avec un âge moyen de $30,46 \pm 4,54$ ans. A cet âge, la plupart des médecins sont en début de carrière. Cette période pourrait-être considérée comme idoine pour le renforcement des compétences et la capacitation face aux manquements vis-à-vis des sujets non-maitrisés, donnant ainsi aux soignants des éléments nécessaire à une meilleure prise en charge des patients. Notre résultat se rapproche de ceux de Saeed et al, en Egypte où on avait une moyenne de 28,33 [30] et de Pinto et al avec un âge moyen de 32 ans [20].

Concernant la profession, la majorité des médecins étaient des généralistes (86,5%). De fait, on dénombre au maximum 02 pédiatres par hôpital de district dans la ville de Yaoundé, supplant ce manque d'effectif par la présence des médecins généralistes. Nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans une étude sur les connaissances et attitudes des médecins face aux maltraitances infantiles dans un hôpital tertiaire de Riyadh en Arabie-Saoudite où l'on a retrouvé 54,33% de médecins de famille [18]. Cette différence pourrait être due au fait qu'il s'agissait dans cette étude d'un hôpital tertiaire, correspondant dans le système de santé de ce pays à un centre de référence fournissant des soins spécialisés.

V.3. CONNAISSANCES

S'agissant des connaissances générales, 69,2% des médecins interrogés connaissaient la définition exacte des maltraitances infantiles. Cette proportion représente plus de la moitié des participants. En effet, on se serait attendu à des réponses exactes venant de la presque totalité des médecins, en tant qu'experts de la santé des enfants. Nos résultats pourraient s'expliquer par l'absence d'une formation des médecins sur les maltraitances infantiles durant leurs parcours académiques. Nos données diffèrent de celles de Alkathiri et al en Arabie Saoudite où la définition correcte était connue par 95,1% des participants [17]. Cette différence pourrait s'expliquer par la mise en place des programmes de sensibilisation à destination des professionnels de la santé à Riyadh [31].

La quasi-totalité des participants (94,2%) étaient capables d'identifier au moins une forme de maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique, sexuelle ou alors de la négligence. Ce résultat pourrait révéler l'existence d'une sensibilisation sur le sujet en tant que professionnels de la santé, ne serait-ce que de manière superficielle. Des données similaires ont été retrouvés dans une étude menée au Nigéria sur les expériences et connaissances des médecins bucco-dentaires en cycle de résidanat. On y a retrouvé un score moyen de 95,2% de réponses correctes quant aux différents types de maltraitances infantiles [32].

En ce qui concerne la prévention des maltraitances infantiles, le facteur de risque le plus connu était la survenue des grossesses non désirées. Ceci pourrait être dû au contexte socio-économique du Cameroun où près de deux personnes sur cinq, soit 37,7%, vivent en dessous du seuil national de pauvreté estimé à 813 FCFA par personne et par jour [33]. La naissance imprévue d'un enfant engendre des dépenses financières qui, si non préparées, peuvent accroître le niveau de pauvreté

et les conséquences y afférant dont la maltraitance. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés en Autriche par Kraus et al où le facteur de risque le plus reconnu était les antécédents de violences vécus par les parents pendant leur enfance [34]. Seulement 32,7% de notre échantillon avaient connaissance du fait que cela constituait un risque pour la progéniture de ces derniers. En effet, les antécédents familiaux demandés dans la pratique médicale camerounaise sont généralement limités aux maladies chroniques existantes dans la famille. Il est difficile dans ce cas de pouvoir interroger le mode de vie des ascendants, expliquant ainsi la différence observée dans nos résultats.

La majorité des signes cliniques en faveur d'une maltraitance était connue par au moins la moitié de nos participants. Les ecchymoses d'âges différents étaient majoritairement représentées avec un pourcentage de 76,9%. Les ecchymoses étant des signes cutanés visibles sont causés le plus souvent par des coups violents. La présence répétitive de ces derniers au fil du temps et sans raisons plausibles laisse croire à l'exposition du patient à un milieu hostile. Ce résultat se rapproche de celui d'une étude CAP des résidents de pédiatrie sur les maltraitances infantiles dans trois hôpitaux à Addis-Abeba en 2021 où les ecchymoses inexplicables étaient citées par 90,4% des médecins [35].

Nous notons cependant que jusqu'à 69,2% des médecins interrogés ont identifié les ecchymoses sur les proéminences osseuses comme signe de maltraitance des enfants. Ces lésions ne sont pas en général évocatrices de traumatismes infligés mais de traumatismes accidentels. Ce résultat pourrait s'expliquer par une connaissance imprécise des médecins sur les signes cliniques de maltraitances. En effet, les ecchymoses multiples, inexplicables et d'âges différents font partie des signes habituellement rencontrés chez les enfants maltraités. Toutefois leurs localisations peuvent également nous guider sur leur mode de survenue. Cela nécessite une démarche rigoureuse et des connaissances pointilleuses afin de maîtriser les différences subtiles qui peuvent exister. Tout ceci est d'une importance capitale dans le but de se préserver de la pose d'un diagnostic erroné. Ce résultat est proche de celui retrouvé par Boroon et al dans une étude CAP des internes de médecine iraniens sur les maltraitances infantiles. Dans cette étude 59,1% des étudiants ignoraient que ce signe n'était pas en faveur des maltraitances sur enfants [19].

Concernant la procédure, 75% de médecins connaissaient les institutions auxquelles ils pouvaient avoir recours en cas de maltraitance des enfants. La plupart des hôpitaux de district de Yaoundé

dispose en leur sein d'un service des affaires sociales. Faisant partie de l'équipe de soins de santé, les travailleurs sociaux aident les patients et leurs familles à faire face aux problèmes médicaux et sociaux liés à leurs maladies en collaboration avec l'équipe médicale. Cette proximité dans l'exercice de leurs fonctions pourrait ainsi justifier nos résultats.

En ce qui concerne le niveau global de connaissances, la moitié des médecins (50,2%) quelle que soit la spécialité, avait un niveau de connaissance moyen et seulement 35 % avait un bon niveau de connaissances sur les maltraitances infantiles. Ce résultat diffère de celui retrouvé par Boroon et al en Iran où 88,9% des participants avaient un bon niveau de connaissance [19]. Cette étude a été réalisée pour examiner l'évolution des connaissances, de l'attitude et de la pratique concernant la maltraitance des enfants chez les internes en médecine iraniens par le biais d'un stage. Il s'agit donc là du niveau de connaissances des participants après une formation sur le sujet, pouvant expliquer la différence avec notre étude.

V.4. ATTITUDES

La majorité des participants (57,7%) étaient favorable pour les bastonnades disciplinaires. En effet, ce résultat peut être dû à l'appartenance à la culture africaine, dans laquelle le recours aux punitions corporelles fait partie de l'éducation des enfants, bien que ne tolérant pas les abus [36]. Ce résultat est similaire de celui retrouvé par Gelessu et al dans une étude faite en Addis Abeba en 2021, où 50,4 % des résidents étaient favorables aux bastonnades en cas de tabagisme volontaire [35].

Plusieurs praticiens (67,3%) étaient « tout à fait d'accord » avec l'importance de la formation médicale sur les maltraitances infantiles. Ce résultat corrobore les trouvailles d'une étude qualitative en France sur les besoins de formation des médecins généralistes en matière de protection de l'enfance. En effet, une formation en présentiel d'un à deux jours sur l'échange et l'analyse des pratiques a été préconisée par les participants [37].

La moitié des médecins de notre étude aurait préféré référer des cas de suspicion de maltraitance à d'autres médecins. Ceci pourrait traduire un manque de confiance en leurs compétences quant à la prise en charge de ce diagnostic. Ce résultat est similaire de celui retrouvé par Boroon et al en Iran où 52,8% des participants avaient présenté leur accord pour soumettre un cas soupçonné de maltraitance d'enfant à un pédiatre [19].

Toutefois, 80,7% des participants étaient convaincus que la collaboration multidisciplinaire entre les médecins et avec les autres corps de métiers représentait un obstacle à la prise en charge des enfants maltraités. Il est possible que cela soit dû à l'absence de ces professionnels de la santé dans certaines formations sanitaires. Effectivement, dans certains établissements de santé, il était observé l'absence d'un service des affaires sociales ou son inactivité, ainsi que l'absence d'un service en charge des problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne les motivations qui pouvait pousser les sujets de notre étude à ne pas effectuer de signalement, la première évoquée était l'insuffisance des preuves ou le doute diagnostique. Au regard des conséquences que peuvent entraîner un diagnostic de maltraitance erroné tant sur la victime et sa famille que sur le praticien, la réticence des médecins en cas de doute pourrait s'expliquer. Nous retrouvons un résultat similaire dans une étude menée en Chine où 75,5% des médecins généralistes considéraient qu'il s'agit d'une importante barrière au signalement [38].

Les médecins ayant participé à notre étude avaient en majorité une qualité globale d'attitudes jugée approximative avec un pourcentage de 41%. Alkathiri et al ont retrouvé des résultats similaires dans une étude à Riyadh où 35,5% des participants avaient un niveau global d'attitudes jugé modéré soit entre 50% et 75% de bonnes réponses [17]. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un sujet qui, bien que répandu est encore tabou dans beaucoup de sociétés. De ce fait, le manque d'informations et de sensibilisation pourrait être à l'origine des attitudes non convenables retrouvées auprès du personnel soignant.

V.5. PRATIQUES

Concernant la pratique de la prévention, moins du tiers de nos participants avaient reçu une formation sur les maltraitances des enfants avant l'obtention de leurs diplômes. Il n'existe pas de module portant sur les maltraitances infantiles dans le programme d'enseignement des médecins généralistes, qui sont pourtant majoritairement présents dans les services de pédiatrie et d'urgences pédiatriques. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé en 2020 par Bwiza et al dans leur étude au Rwanda portant sur les attitudes et les pratiques des médecins sur le signalement des maltraitances sur enfants [39]. En effet, 92% des participants ont eu à recevoir des enseignements sur les maltraitances des enfants et leur prise en charge durant leur formation [39]. Cette différence pourrait être expliquée par la survenue des violences contemporaines de la

guerre civile dont ce pays a été victime en 1994, motivant une emphase sur la formation du personnel médical à une prise en charge adéquate des victimes de mauvais traitements.

Bon nombre de nos participants avaient déjà suspecté des cas de maltraitements infantiles (80,8%) Cependant, seul 69,2% ont eu à poser ce diagnostic avec comme action prépondérante le signalement. En effet, bien que la majorité des médecins avaient déjà eu affaire à des cas suspects, beaucoup ont préféré prendre le risque de laisser de potentielles victimes s'en retourner auprès de leurs bourreaux. Nous notons également que, les participants qui n'avaient jamais suspecté des cas de maltraitements infantiles n'ont peut-être simplement pas pu les identifier. Ceci laisse transparaître un nombre important de potentielles victimes qui n'ont pas pu être prises en charge. Ainsi, 55,5% de participants avaient déjà reçu des cas de maltraitements sans toutefois les signaler. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans une étude en Amérique où 28% des participants ont déclaré qu'ils avaient envisagé de signaler un incident soupçonné de maltraitance d'enfant, mais qu'ils avaient choisi de ne pas le faire [40]. Cette différence pourrait-être expliquer par le fait qu'au Cameroun, le signalement des maltraitements infantiles n'est pas une dérogation absolue au secret médical. Le médecin n'est donc tenu par aucune obligation à la dénonciation de tous les cas de maltraitements qu'il pourrait rencontrer dans sa pratique, épargnant ainsi sa responsabilité légale.

De tous les médecins ayant participé à notre étude, 26,9% de ceux ayant posé le diagnostic de maltraitements ont su faire parvenir l'information aux autorités compétentes que sont les services des affaires sociales et la police. Le reste des participants s'est limité aux chefs de services de leurs unités et aux directeurs d'hôpitaux. Nous observons ainsi, une collaboration difficile entre ces différents corps de métiers, tous indispensables à la prise en charge des patients victimes. Nos résultats diffèrent de ceux retrouvés par Nigri et al dans leur étude portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance et la négligence à l'égard des enfants dans la pratique des pédiatres européens [21]. Dans cette étude, les services locaux de protection de l'enfance, y compris les services sociaux, ont été le premier point de référence institutionnel en cas de maltraitance infantile pour 64,1 % des participants [21]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans les pays européens il existe des institutions bien établies entièrement destinées à la gestion des cas de maltraitements sur enfants à l'exemple de la France où on a la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Par ailleurs, il y existe également des numéros d'urgences

destinés au signalement des enfants maltraités ou à risque de maltraitance, permettant ainsi une collaboration plus efficiente entre les différents corps de métiers s'occupant des enfants.

La qualité globale des pratiques vis-à-vis des maltraitances infantiles étaient néfastes chez plus de la moitié des participants soit 55,7%. Nos trouvailles corroborent celles retrouvées dans l'étude de Gelessu et al en Ethiopie où 57% des médecins avaient de mauvaises pratiques (<50% de bonnes réponses) [35]. Ces résultats peuvent être dus au fait que tout comme au Cameroun, la majorité des médecins éthiopiens n'avaient reçu aucune formation sur les maltraitances durant leur parcours académique [35].

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, d'identifier les attitudes et de décrire les pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé. Il en ressort que :

- Le niveau de connaissances des participants sur les maltraitances infantiles était majoritairement moyen avec une bonne connaissance de la définition et des types de maltraitances mais une connaissance approximative des signes
- Les attitudes étaient en grande partie approximatives avec une appréciation des châtiments physiques et une mauvaise appréhension de la collaboration multidisciplinaire, mais un désir de mieux se former sur les maltraitances des enfants.
- Les pratiques étaient pour la plupart néfastes et associées de manière statistiquement significative à la profession de médecin généraliste.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail et à la lumière de nos résultats, nous formulons humblement les recommandations suivantes :

Au ministère de l'enseignement supérieur :

- D'insérer dans les programmes académiques des étudiants en médecine générale, des enseignements portant sur les maltraitances et négligences envers les enfants.

Aux sociétés savantes :

- De mettre sur pied des Enseignements Post-Universitaires (EPU) sur les maltraitances infantiles afin d'améliorer la reconnaissance et la prise en charge des victimes.

Au ministère de la santé publique

- De développer, puis vulgariser une procédure opérationnelle standard de signalement adaptée à notre contexte afin de faciliter le dépistage et la prise en charge des victimes.

Au ministère des affaires sociales

- De multiplier et d'améliorer la qualité des services sociaux dans toutes les formations sanitaires du territoire national afin de faciliter la collaboration multidisciplinaire entre médecins et travailleurs sociaux.

REFERENCES

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des enfants. Genève: OMS; 2022.
- [2] World Health Organization Regional Office for Europe. European Report on Preventing Child Maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- [3] Organisation des Nations Unies. Un milliards d'enfants sont victimes de violences chaque année, l'ONU appelle à les protéger. New York: ONU; 2020.
- [4] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014 septembre; 62 (1): 299–312.
- [5] 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.
- [6] Know Violence in Childhood. Ending violence in childhood. Global Report 2017. New Delhi: Know Violence in Childhood; 2017.
- [7] Koki P, Biyong F, Eteki N, Grüselle G, Lantum D, Makang-Ma-Mbog M. Child victims of sexual abuse in Cameroon. *Ann Pediatr*. 1992 february; 39(2): 111–114.
- [8] Haamit A-K, Eric N, Meguieze C-A, Voundi E, Koki P. Epidemiological Profile of Child Victims of Abuse: Case of the City of Yaoundé, Cameroon. *Eur J Health Sci*. 2022; 7: 42–50.
- [9] Mbassa D, Ngoh F. Violences à caractère éducatif au Cameroun évaluation d'un séminaire de formation à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques infligés aux enfants. *Med Trop*. 2005; 65: 35-38.
- [10] Ministère des Affaires Sociales. Enfant. Yaoundé: MINAS; 2018.
- [11] Dubowitz H, Lane W. Abused and neglected children. In: Kligman R, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Paris: Elsevier; 2016. p. 1005-42.
- [12] Bellaïche M, Pham A. Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. In: Bellaïche M, dir. *iKB Pédiatrie*. Paris: Vernazobres-Grego, 2016. p. 192-208.
- [13] Hanaoui-Atif HE. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. Faculté de médecine de Grenoble: Université Joseph Fourier, 2010, 110p.
- [14] Bernard-Bonnin A-C, Hébert M, Daignault I, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*. 2005 july; 13(6):479-86.
- [15] World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2023.

- [16] Pisimisi D-C, Syrinoglou P-A, Sinopidis X, Karatza A, Lagadinou M, Soldatou A *et al.* Knowledge and attitudes of medical and nursing students in greece regarding child abuse and neglect. *Children*. 2022; 9: 1978.
- [17] Alkathiri M, Baraja M, Alaqeel S. Knowledge attitude and practice regarding child maltreatment among health care providers working in primary care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *J Fam Med Prim Care*. 2021; 10: 3198.
- [18] Alaraik E, Saad H, Al-Lafi A, Alshuniefi A, Alruwayshid M, Alaraik A, *et al.* Knowledge and attitude of physicians toward child abuse and reporting in a tertiary hospital in Riyadh. *J Fam Med Prim Care*. 2022; 11: 6988–6994.
- [19] Borooun M, Mokhtari S, Nojomi M, Hadi F, Soraya S, Shalbafan M. Knowledge, attitude, and practice regarding child maltreatment amongst Iranian medical students through internship course: an 18-month longitudinal study. *BMC Prim Care*. 2023; 24: 37.
- [20] Pinto L, Lein A, Mahoque R, Wright D, Sasser S, Staton C. A cross-sectional exploratory study of knowledge, attitudes, and practices of emergency health care providers in the assessment of child maltreatment in Maputo, Mozambique. *BMC Emerg Med*. 2018; 18: 11.
- [21] Nigri P, Corsello G, Nigri L, Bali D, Kuli-Lito G, Plesca D, *et al.* Prevention and contrast of child abuse and neglect in the practice of European paediatricians: a multi-national pilot study. *Ital J Pediatr*. 2021;47:105.
- [22] Lapere L. Perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes de Mayotte : une étude qualitative. Unité de formation et de recherche de santé : Université de la Réunion, 2022, 94p.
- [23] Gopalakrishna V, Basheer B, Alzomaili A, Aldaham A, Abalhassan G, Alatyan M, *et al.* Knowledge and attitudes toward child abuse and neglect among medical and dental undergraduate students and interns in Riyadh, Saudi Arabia. *Imam J Appl Sci*. 2020;5:38.
- [24] Sathiadas MG, Viswalingam A, Vijayaratnam K. Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka : a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *BMC Pediatr*. 2018;18:152.
- [25] Atencion BC, Alingalan A, Oducado RM, Cordova J, Dumaguing M, Suaboksan M. Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(1):210-217.
- [26] Salami S, Alhalal E. Nurses intention to report child abuse in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Child Abuse Negl*. 2020;106:104514.
- [27] Feng J-Y, Levine M. Factors associated with nurses intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse Negl*. 2005;29:783–795.

- [28] Lee H, Kim J-S. Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses. *J Pediatr Nurs*. 2018;38: 47–52.
- [29] Essi M-J, Njoya O. L'enquête CAP en recherche médicale. *Health Sci Dis*. 2013; 14(2).
- [30] Saeed N, Sultan E, Salama N, Galal M, Ghanem M. Child maltreatment: knowledge, attitudes and reporting behaviour of physicians in teaching hospitals, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2021;27:250–259.
- [31] Al-Eissa M, Almuneef M. Child abuse and neglect in Saudi Arabia: journey of recognition to implementation of national prevention strategies. *Child Abuse Negl*. 2010; 34: 28–33.
- [32] Olatosi O, Ogordi P, Oredugba F, Sote E. Experience and knowledge of child abuse and neglect: A survey among a group of resident doctors in Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2018;25: 225–233.
- [33] Institut National de la Statistique. Résultats de la 5ème Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM5). Yaoundé : INS ; 2024.
- [34] Kraus C, Jandl-Jager E. Awareness and knowledge of child abuse amongst physicians - a descriptive study by a sample of rural Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2011;123: 340–349.
- [35] Gelessu K, Tefera M, Moges A, Kebede E. Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice of child abuse amongst residents working in three selected tertiary care hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2023; 37(2).
- [36] Ezembé F. Droits de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines. In: Tauvel J-P, dir. *Les « psys » en Banlieue*. Paris: Migrants formation, 1995. p.60-70
- [37] Bausière C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais. Unité de formation et de recherche de santé : Université de Rouen, 2016, 138p
- [38] Leung W, Wong W, Tang C. Attitudes on child abuse and mandatory reporting among doctors attended diploma of family medicine programme (dfm) in Hong Kong. *Family practice*. 2011;28:195–201.
- [39] Bwiza H, Tuyisenge L, Budigu F, Ball A, Cartledge P. Reporting child abuse in Rwanda: attitudes and practices of physicians-a cross-sectional survey. *PAMJ Clin Med*. 2020; 131(3).
- [40] Gunn V, Hickson G, Cooper W. Factors affecting pediatricians reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc*. 2005;5:96–101.

ANNEXES

Annexe 01

Fiche d'information des participants

En vue de l'obtention de notre Doctorat en médecine, et dans le souci de mettre en lumière les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé, une étude sera menée sur celles-ci pendant 5 mois. Ce travail a pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie dans les hôpitaux de District de la région du Centre. Les résultats obtenus nous permettront d'améliorer la prise en charge des maltraitances infantiles par les médecins au Cameroun.

Cette étude ne vous coûtera rien, et aucune motivation matérielle, ni financière ne vous sera fournie pour vous encourager à participer.

Le protocole de cette étude a été soumis au comité institutionnel d'éthique et de recherche de la FMSB (CIER/FMSB). Après avoir procédé à votre identification, un code vous sera attribué, pour bénéficier de l'anonymat. Toutes les informations recueillies à votre sujet seront confidentielles. Toutefois, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous serez également libre de vous retirer de cette étude sans la moindre contrainte.

Si vous tenez à participer à cette étude, nous souhaitons que vous soyez prêts à vous soumettre à ses exigences. Votre participation à cette étude devrait donc être profitable pour vous, pour nous, et pour le reste de la population.

De ce fait nous aimerions que vous répondiez aux questions figurant sur la fiche technique. Les données d'identification vous concernant seront conservées uniquement sur la fiche d'enquête pendant une période limitée pour permettre la validation des données et seront ensuite détruites.

Si vous avez besoin d'avantage d'informations, vous pouvez les obtenir auprès des responsables de l'étude.

Personnes à contacter en cas de besoin :

- 4- Investigateur : TSIMI Michelle Sandra, étudiante en 7^{ème} année des études médicales à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I, Tel. : 699257736
- 2- Courriel : mtsimi9@gmail.com
- 3- Directeur de thèse : Pr KOKI NDOMBO Paul, Pédiatre, Professeur Titulaire
- 4- Co-directeurs :
 - Pr NSEME ETOUCKEY Éric, Médecin légiste, Maître de Conférences
 - Dr MEGUIEZE Claude-Audrey, Pédiatre, Maître-Assistant

Annexe 02

Formulaire de consentement éclairé

Thème : Connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé

Je soussigné (e).....

Certifie avoir été contacté par l'étudiante en médecine générale TSIMI Michelle Sandra. Celle-ci m'a proposé de participer à cette étude dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine générale.

Je reconnais avoir lu la fiche d'information et m'être suffisamment informé (e) auprès des investigateurs. J'ai donc bien compris le but de cette étude, ainsi que les avantages et les contraintes qui y sont liés.

Ces informations resteront confidentielles. Je pourrai aussi me retirer de l'étude à tout moment, si je le désire. J'accepte de mon plein gré de participer à cette étude et de me soumettre aux exigences qu'elle requerra pour être correctement conduite.

Participant

Investigateur principal

Cameroun, le/...../.....

Annexe 03

Questionnaire des médecins généralistes et des pédiatres

Date :/...../.....

N° de la fiche.....

Lieu d'étude (Cochez) :

- ☐ HD Biyem-Assi
- ☐ HD Cité-Verte
- ☐ HD Djoungolo
- ☐ HD Efoulan
- ☐ HD Mvog-Ada
- ☐ HD Nkolbisson
- ☐ HD Nkolndongo
- ☐ HD Odza

SECTION I : Données socio-professionnelles		
SIQ1	Genre : 1) Masculin 2) Féminin	
SIQ2	Age	
SIQ3	Avez-vous des enfants : 1) Oui 2) Non	
SIQ4	Spécialité : 1) Médecin Généraliste 2) Pédiatre	
SIQ5	Faculté de formation	
SIQ6	Nombre d'années d'exercices : 1) Moins de 05 ans 2) Entre 05 et 10 ans 3) Plus de 10 ans	
SECTION II : Connaissances des médecins sur la maltraitance des enfants		
Connaissances générales		
SIQ1	Choisir parmi les propositions suivantes la définition de maltraitances infantiles : 1) Je ne sais pas 2) Traumatisme physique et/ ou psychologique non-accidentel infligé aux enfants 3) Toutes violences présentant des conséquences graves sur la santé et le développement de l'enfant 4) Toutes violences physiques, psychologiques, abus sexuels et/ou négligence ayant des conséquences	

	préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et son développement dans le contexte d'une relation de responsabilité		
SHQ2	<u>Quels sont les différents types de maltraitances :</u> 1) Je ne sais pas 2) Maltraitances physiques et psychologiques 3) Maltraitances physiques, psychologiques et abus sexuel 4) Maltraitances physiques, psychologiques, abus sexuel, négligences		
SHQ3	<u>Sur le plan épidémiologique, les maltraitances infantiles au Cameroun :</u> 1) N'existent pas 2) Elles sont peu fréquentes 3) Elles sont fréquentes et bien diagnostiquées 4) Elles sont fréquentes mais sous-diagnostiquées		
SHQ4	<u>Les maltraitances infantiles sont un problème majeur de santé publique</u> 1) Vrai 2) Faux 3) Je ne sais pas		
	Connaissances sur la prévention	Oui	Non
SHQ5	La prévention des grossesses non désirées peut réduire le risque de maltraitance des enfants		
SHQ6	La prévalence de la maltraitance des enfants est plus élevée dans les mariages forcés ou dans les très jeunes couples		
SHQ7	Parler à l'enfant d'abus sexuels peut provoquer de la peur ou de la perversion		
SHQ8	Pour prévenir la maltraitance des enfants, il est plus efficace d'éduquer les enfants que d'éduquer les familles.		
SHQ9	Le risque d'exposition à des abus chez un enfant présentant une anomalie et un handicap est plus élevé que les autres enfants		
SHQ10	Le soutien financier des familles à faible revenu peut prévenir la maltraitance des enfants		
SHQ11	Dans les familles avec relations sociales étendues, les enfants sont plus à risque de maltraitance		
SHQ12	Les parents qui ont été maltraités eux-mêmes dans leur enfance sont moins risque de maltraiter leurs enfants.		
	Connaissances sur le diagnostic	Oui	Non
SHQ13	Les enfants victimes de maltraitance dénoncent habituellement les auteurs justes après les méfaits		
SHQ14	Les signes émotionnels et psychologiques de maltraitance peuvent inclure la peur de rentrer à la maison ou la peur des parents		
SHQ15	Une histoire de la maladie vague et différente à chaque fois est un		

	indicateur possible de maltraitance.		
SHQ16	L'auteur dans la plupart des cas est quelqu'un bien connu de la victime		
SHQ17	La maltraitance et la négligence envers les enfants surviennent rarement parmi les personnes à revenus moyens ou élevés		
SHQ18	<p><u>Les propositions suivantes sont les signes en faveur d'une maltraitance chez l'enfant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ecchymoses sur les proéminences osseuses 2) Ecchymoses au niveau du thorax et des lombes 3) Ecchymoses d'âges différents 4) Dents cassées après une chute 5) Ulcération de la lèvre 6) Marques de brûlures 7) Carie dentaire 8) Traumatisme crânien 9) Hématome sous-dural 10) Hémorragies rétinienues 11) Marques de morsures 12) Plaies aux bords nets 13) Fractures des côtes 14) Fracture du sternum 15) Cassure de la courbe pondérale 16) Parents négligents 17) Retard de consultation 18) Personnalité timide 19) A tenté de se suicider 20) Abus d'alcool ou d'autres drogues 		
SHQ19	Si un enfant continue recommence à mouiller son lit, cela peut être un signe de maltraitance.		
SHQ20	Un bilan radiographique de l'ensemble du squelette est systématique en cas de suspicion de maltraitance chez l'enfant		
	Connaissances sur le traitement		
SHQ21	La prise en charge est multidisciplinaire (pédiatre, médecin légiste, psychiatre, assistante sociale, juriste)		
SHQ22	En cas de suspicion de maltraitance, l'enfant doit être hospitalisé même sans l'accord parental		
SHQ23	La prise en charge psychologique est nécessaire mais pas obligatoire pour tous les enfants victimes de maltraitements		
SHQ24	En ce qui concerne le traitement psychologique des enfants victimes de maltraitements	La première aide psychologique ne doit être effectuée que par un professionnel de la santé mentale	
SHQ25		Les thérapies de groupe et familiales sont importantes	
SHQ26		Les médicaments ne sont pas utiles	
SHQ27	Connaissez-vous l'approche LIVES CC ?		
	Connaissances sur le signalement	Oui	Non
SHQ28	Les médecins ont la responsabilité morale de signaler tout signe de maltraitance envers un enfant.		
SHQ29	Le signalement au Cameroun est une dérogation absolue au secret médical		

SIHQ30	Les médecins ne peuvent pas signaler sans le consentement de la famille.		
SIHQ31	<u>Circonstances dans lesquelles les médecins doivent signaler les cas de maltraitance envers les enfants à une autorité :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toutes circonstances, même si une maltraitance envers un enfant est seulement soupçonnée 2) Dans les cas où la violence physique envers un enfant est répétitive 3) Sur déclaration de l'enfant 4) Jamais 		
SIHQ32	<u>L'autorité auquel l'enfant victime de mauvais traitements devrait être signalé :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) Chef de votre service 2) Directeur de l'hôpital 3) Ministère de la Santé Publique 4) Services sociaux et/ou judiciaires et/ou Police 		
SECTION III : Attitudes des médecins face à la maltraitance des enfants			
	Perception de la maltraitance par les médecins en contexte camerounais	Tout à fait d'accord	D'accord Neutre Pas d'accord Pas du tout d'accord
SIHQ1	Le fouet/ La fessée/ Les bastonnades sont inévitables lorsqu'on éduque un enfant		
SIHQ2	Personne ne doit dire à un parent comment éduquer son enfant		
SIHQ3	Un parent qui ne punit pas son enfant lorsqu'il se comporte mal est un mauvais parent		
SIHQ4	Un enfant n'a pas le droit d'exprimer son désaccord envers son parent		
SIHQ5	La violence verbale est plus tolérable que la violence physique		
	Attitudes face à la prévention des maltraitements des enfants	Tout à fait d'accord	D'accord Neutre Pas d'accord Pas du tout d'accord
SIHQ6	Il est vraiment important de former les médecins sur la maltraitance des enfants		
SIHQ7	J'aimerais assister à des ateliers ou des symposiums pour améliorer mes connaissances en matière de maltraitance des enfants		
SIHQ8	En raison de la peur et de l'embarras des enfants à l'idée de dénoncer la maltraitance des enfants, permettre à l'enfant de		

	contacter les centres de prévention de la maltraitance des enfants ne permet pas d'en réduire le taux.						
	Attitude à l'égard du diagnostic de maltraitance infantile		Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
SIHQ9	Les bases permettant de diagnostiquer une éventuelle maltraitance envers les enfants devraient être enseignées aux médecins.						
SIHQ10	Un enfant soupçonné de maltraitance doit être évalué par un médecin lors de la première visite.						
SIHQ11	La plupart des médecins ne disposent pas de suffisamment de temps en consultation pour évaluer les patients soupçonnés de maltraitance envers les enfants.						
SIHQ12	Je préfère référer un cas soupçonné de maltraitance d'enfant car je n'ai pas acquis suffisamment de connaissances pour le prendre en charge						
	Attitude à l'égard du traitement des maltraitances infantiles		Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
SIHQ13	Les médecins jouent un rôle primordial dans la prise en charge de ces patients						
SIHQ14	Eduquer la famille sur la maltraitance des enfants est l'un des moyens de traitement						
SIHQ15	Le soutien psychologique et social est un moyen de traitement indispensable dans la prise en charge de ces enfants						
SIHQ16	La collaboration multidisciplinaire (médecins services sociaux, juriste) est un problème majeur dans la prise en charge de ces patients						
	Attitude à l'égard du signalement des maltraitances infantiles		Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
SIHQ17	Les raisons pour	Les conséquences					


	lesquelles je ne signalerai pas une suspicion de maltraitances infantiles est	possibles sur l'enfant					
		Pas de preuves suffisantes/Je ne suis pas sûr de mon diagnostic					
		Je ne savais pas à qui signaler					
		Crainte de la colère des parents et de la famille					
		Aucune obligation légale de signaler					
		Effets possibles sur ma pratique					
		Autre (Précisez)					
SECTION IV : Pratiques des médecins face à la maltraitance des enfants							
	Pratiques de la prévention des maltraitances infantiles		Oui		Non		
SIVQ1	Avez-vous été formé sur la maltraitance des enfants avant l'obtention de votre diplôme ?						
	Avez-vous essayé de vous former sur la maltraitance des enfants en dehors de votre formation initiale (lectures personnelles, EPU, Symposium etc...) ?						
SIVQ3	Avez-vous déjà essayé de parler aux parents de la prévention de la maltraitance des enfants ?						
	Pratique en rapport avec le diagnostic		Oui		Non		
SIVQ4	Avez-vous déjà suspecté des cas de maltraitances infantiles ? (Si Non, le questionnaire s'arrête ici. Merci pour votre aimable collaboration)						
SIVQ5	Avez-vous déjà diagnostiqué des cas de maltraitances infantiles ? (Si Non, le questionnaire s'arrête ici. Merci pour votre aimable collaboration)						
SIVQ6	<u>Si oui, qu'avez-vous fait ?</u> 1) Proférer des menaces aux parents 2) Rédiger les faits dans le dossier médical sans toutefois signaler 3) Signaler		(Inscrire le chiffre correspondant à votre réponse)				
	Pratique en rapport avec le signalement		Oui		Non		

	des maltraitances des enfants		
SIVQ7	Avez-vous déjà signalé des cas de suspicion de maltraitances infantiles ?		
SIVQ8	Avez-vous déjà signalé des cas de maltraitances infantiles avérés ? (Si Non, SIVQ13)		
SIVQ9	Si Oui à qui avez-vous signalée ? 1) Chef de votre service 2) Directeur de l'hôpital 3) Ministère de la Santé Publique 4) Services sociaux/ Judiciaires/ Police / ONG		
SIVQ10	Par quels moyens l'avez-vous fait ? 1) Messages 2) Appel téléphonique 3) Rapport médical 4) Autres ("Précisez)		
SIVQ11	Avez-vous informé l'enfant de votre signalement ? 1) Il ne s'exprimait pas encore 2) Il était en âge de comprendre mais je n'ai pas eu le courage 3) Je lui ai dit vaguement de quoi il s'agissait 4) Je lui ai expliqué avec douceur, patience et sans jugement de quoi il s'agissait		
SIVQ12	Avez-vous déjà reçu des cas de maltraitances infantiles (suspicion ou cas avérés) sans toutefois les signaler ? (Si Non, le questionnaire s'arrête ici. Merci pour votre aimable collaboration)		
SIVQ13	<u>Si Oui, pourquoi ?</u> 1) Les conséquences possibles sur l'enfant 2) Pas de preuves suffisantes/J ne suis pas sûr de mon diagnostic 3) Je ne savais pas à qui signaler 4) Crainte de la colère des parents et de la famille 5) Aucune obligation légale de signaler 6) Effets possibles sur ma pratique 7) Autre (Précisez)		

Annexe 04

Clairance éthique

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES
SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL
SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

Ref. : N° 0112 /UY1/FMSB/VDRC/DABR/CSO

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
La demande de la clairance éthique soumise par :
M.Mme : TSIMI MICHELLE SANDRA Matricule: 17M023

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Pr KOKI NDOMBO Paul
- ♦ Pr NSEME ETOUCKEY Éric
- ♦ Dr MEGUIEZE Claude -Audrey

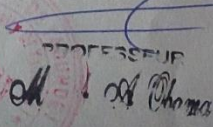
Concernant le projet de recherche intitulé : **Connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé**

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE-ETHIQUE


Annexe 05

Autorisations de recherche

TSIMI Michelle Sandra
Etudiant en 7ème année
Médecine générale
Faculté de Médecine et des Sciences
Biomédicales de Yaoundé
Tel: 699257736
E-Mail: mtsimi9@gmail.com

Yaoundé, le 27 décembre 2023

A
Monsieur/Madame
Le Directeur de l'Hôpital de
District de Nkolondongo

Objet : Demande d'Autorisation de Recherche

Monsieur/Madame le Directeur,

Je viens auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation de recherche dans votre structure dans le cadre de ma thèse de fin de formation médicale.

En effet, je me nomme TSIMI Michelle Sandra, étudiante en 7^e année de médecine générale, et je réalise une étude sur « les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé ». Cette étude qui est réalisée sous la supervision et sous l'encadrement du Pr KOKI NDOMBO Paul (Pédiatre), du Pr NSEME Éric (Médecin légiste) et du Dr MEGUIEZE Audrey (Pédiatre) a pour but d'améliorer la prise en charge des maltraitances infantiles par les médecins au Cameroun.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez croire, Monsieur/Madame le Directeur, en l'expression de ma très haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie de mon protocole de thèse
- Une photocopie de ma carte nationale d'identité

TSIMI Michelle Sandra

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DELEGATION RÉGIONALE DU CENTRE

DISTRICT DE SANTÉ D'ÉFOULAN

HÔPITAL DE DISTRICT D'ÉFOULAN



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CENTER REGIONAL DELEGATION

EFOULAN HEALTH DISTRICT

EFOULAN DISTRICT HOSPITAL

N° 1594 AR/MSP/DRSPG/DSE/HDYDEIII.

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Dr LOMBO LOMBO Landry**, Directeur de l'Hôpital de District d'Éfoulan certifie qu'une autorisation administrative d'effectuer une enquête portant sur le thème « *Les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé* », est accordée **TSIMI Michelle Sandra**, étudiante en 7^{ème} année Médecine générale, à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, de l'Université de YAOUNDE I.

L'éthique et la confidentialité sont à respecter ;

Au terme de cette Recherche, une copie sera déposée à la bibliothèque de l'Hôpital de District d'Éfoulan.

COPIE

- INTERESSE (E)
- ARCHIVES/CHRONO

Yaoundé, le 08 JAN 2024



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-ASSI

HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI

BP : 31 350 Ydé . Tél./Fax 22.31.64.05



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CENTER REGIONAL DELEGATION

BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT

BIYEM-ASSI DISTRICT HOSPITAL

E-mail:hopital_biyemassi@yahoo.fr

N° 24 /AR/MINSANTE/DRSPC/DSBA/HDBA.

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital de District de Biyem-Assi à Yaoundé soussigné, donne autorisation de recherche à madame **TSIMI Michelle Sandra**, étudiante en 7^{ème} année d'études médicales à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I, à mener une enquête dont l'étude porte sur *« les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de Pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé »*.

En foi de quoi la présente autorisation est établie et lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé, le 12 JAN 2024



Le Directeur

Dr. Daniel Ekoua
Médecin - Cardiologue

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
.....
Paix -Travail-Patrie
.....
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
.....
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE
.....
DISTRICT DE SANTE DE DJOUNGOLO
.....
HOPITAL DE DISTRICT DE DJOUNGOLO
BP 4618 YAOUNDE

HD
DJOUNGOLO
GLEMBE

REPUBLIC OF CAMEROON
.....
Peace-Work-Fatherland
.....
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
.....
CENTRE REGIONAL DELEGATION
.....
HEALTH DISTRICT OF DJOUNGOLO
.....
DJOUNGOLO DISTRICT HOSPITAL

N° 03...../AR/MINSANTE/SG/DRSP-C/DSD/HDD

Yaoundé, le 03 JAN 2024

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Dr MINYEM Fils Emmanuel, Directeur de l'Hôpital de District de Djoungolo, autorise madame **TSIMI Michelle Sandra**, Etudiante en classe de 7^{ème} année Médecine Générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (FMSB/UII), à mener une recherche sur le thème : « **Connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances infantiles à Yaoundé** » à l'Hôpital de District de Djoungolo. Cette recherche s'effectuera au mois de Janvier 2024.

Le Directeur


Emmanuel Fils Minyem
Médecin (MD)

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
DÉLÉGATION RÉGIONALE DU CENTRE
DISTRICT DE SANTÉ D'ODZA
HÔPITAL DE DISTRICT D'ODZA
YAOUNDÉ IV
TÉL : 222 30 50 10



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GÉNÉRAL
CENTER RÉGIONAL DÉLÉGATION
ODZA HEALTH DISTRICT
ODZA YAOUNDE IV DISTRICT HOSPITAL
PHONE : 222 30 50 10

N^o 08/04 AR/MSP/DRSPC/DSOD/HDO

Yaoundé le, 03 JAN 2024

Madame le Directeur de l'Hôpital de
District d'Odza

A
Madame TSIMI Michelle Sandra

OBJET : AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussignée **Dr NKONGO Victorine, Directeur de l'Hôpital de District d'Odza** ; après avoir évalué la portée et l'importance du projet de recherche et m'être entretenue avec le porteur du projet, autorise la collecte des données dans l'établissement hospitalier dont j'ai la charge.

En effet cette étude intitulée « **Les connaissances, attitudes et pratiques des médecins des services de pédiatrie sur les maltraitances à Yaoundé** », sera menée par Madame **TSIMI Michelle Sandra**.

A cet effet, la concernée procèdera à la collecte des données selon les recommandations et prescriptions indiquées par le Comité National d'Ethique et également sous la surveillance du personnel de l'hôpital afin d'éviter tout dérapage lié à une mauvaise manipulation. Le non-respect des recommandations prescrites par le CNE par cette dernière sera sanctionné selon la gravité du dérapage allant d'une sanction provisoire à une expulsion définitive de l'enceinte de l'établissement.

Ce document lui est délivré pour servir et valoir ce que de droit.



Le Directeur

Victorine Nkongo
Gynécologue-obstétricienne

