



HAL
open science

Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de la santé : enquête de pratique descriptive

Laura Lebreton

► **To cite this version:**

Laura Lebreton. Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de la santé : enquête de pratique descriptive. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02513655

HAL Id: dumas-02513655

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513655>

Submitted on 20 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de la santé :
enquête de pratique descriptive**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Novembre 2019

Par Madame Laura LEBRETON

Née le 7 avril 1990 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange

Directeur

Madame le Docteur (MCU-PH) TUCHTAN Lucile

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de la santé :
enquête de pratique descriptive**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Novembre 2019

Par Madame Laura LEBRETON

Née le 7 avril 1990 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange

Directeur

Madame le Docteur (MCU-PH) TUCHTAN Lucile

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur POINSO François, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur ADNOT Sébastien, vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail de thèse, veuillez trouver ici toute l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur TUCHTAN-TORRENTS Lucile, je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail, veuillez accepter l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange, merci pour tout ce travail fait ensemble, tes précieux conseils et ton expertise depuis le début de cette aventure. Merci de ta disponibilité et de ta patience, je te suis infiniment reconnaissante de m'avoir accompagnée dans cette étape de ma vie, au combien importante.

Au Docteur BERNARD Olivier, merci de m'avoir « ouvert la porte » de la PMI et de m'avoir permis d'entreprendre ce travail.

A l'équipe de la PMI de Salon de Provence, merci pour ces 6 mois passés en votre compagnie, le temps accordé à la formation des étudiants et votre convivialité. Vous m'avez transmis votre intérêt pour la protection de l'enfance.

A l'équipe de la Maison de Santé de Bel Air : Aurélie, Julie et tous les autres, merci de votre confiance, de me donner la chance de prendre soins de vos patients ! Merci de votre soutien, de votre aide et de votre bonne humeur qui me donnent envie de venir travailler le matin.

A mes amies, mes sœurs de cœur, Audrey, Malo, Lilia, Hélène, depuis les bancs de l'école, du collège ou du lycée, on a grandi ensemble et maintenant on vieillit ensemble... Merci de me supporter et de m'aimer depuis toutes ces années. A Tiffany, la fac nous a rapprochées et maintenant on continue le chemin ensemble. Merci de partager les joies et les peines de nos vies. A Julie, depuis toutes ces années merci de me prêter ton épaule et de partager mes rires. Et de m'avoir présenté l'homme que j'aime (merci Fred par extension !). Merci à toutes d'être là à chaque étape de ma vie.

A mes parents, sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui. Vous m'avez donné les bases et les valeurs de ma vie d'adulte, l'envie de m'occuper des autres, la bienveillance et le respect. Vous m'avez permis de réaliser mes rêves, je vous suis infiniment reconnaissante de votre soutien indéfectible, de votre amour inconditionnel qui est la base de tout dans ma vie. J'espère pouvoir vous rendre un jour ce que vous m'avez apporté. Merci de m'avoir porté jusqu'ici.

A mon frère et ma sœur, toujours dans mon cœur, avec vous j'ai grandi, merci de m'avoir soutenue toutes ces années, et boosté quand j'en avais besoin. Je sais que je peux compter sur vous.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre famille et dans votre foyer. Votre bienveillance et votre soutien ont été précieux dans ces années d'internat et de préparation de ce travail.

A Stanislas, mon amour, mon trésor, mon soleil, tellement de merci à te dire que je ne pourrais pas tous les citer ici. Merci de croire en moi plus que moi-même, de m'aimer malgré mes coups de gueule et mes paradoxes. Merci de ta patience et de ta force, de me comprendre et de chaque jour me rendre un peu amoureuse et heureuse que la veille. Même si tu ne l'as pas écrit, ce manuscrit porte aussi ta marque à travers ce que tu m'apportes au quotidien, ton soutien dans toutes les épreuves traversées et les difficultés. Merci jusqu'aux étoiles.

Table des matières

I/ INTRODUCTION	3
1)Définitions	3
2)Cadres Réglementaires	3
a)Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance	4
b)Loi n° 2016 -297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant	7
c)Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019	7
d)Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance	7
3)Organisation départementale	8
4)Problématique	11
5)Objectifs	11
II/ MATERIELS ET METHODES	14
1)Population des signalants	14
2)Territoire d'étude	14
3)Indicateurs	13
4)Méthode d'analyse	14
III/ RESULTATS	15
1)Données globales	15
2)Répartition par territoire	16
3)Les signalants	17
4)Critères de danger	17
5)La population des enfants concernés par les IP	19
a)Age et Sexe	19
b)Scolarité	19
c)Situation familiale	20
d)Facteurs de risque de vulnérabilité	21
e)Contexte médical	22
f)Suivi médicosocial	23
g)Mesures antérieures	23
6)Procédures d'évaluation de la situation de danger en MDS après qualification par la CRIP..	24
a)Les délais.....	24
b)Les équipes d'évaluations.....	24
c)L'organisation de l'évaluation	26

7)Place de la PMI dans l'évaluation.....	28
a)Place de la PMI dans l'évaluation en fonction de l'âge de l'enfant	28
b)Place de la PMI dans l'évaluation en fonction de la présence d'un problème de santé chez l'enfant quel que soit l'âge.....	29
c)Lien avec un intervenant médical et médico-socio-éducatif en fonction de l'existence d'un contexte médical chez les parents et les enfants.....	29
8)Décision à l'issue de l'évaluation	30
IV/ DISCUSSION	31
1)Résultat principal et implication	32
2)Intérêts et limites de l'étude	32
a)Limites.....	32
b)Intérêts	33
V/ CONCLUSION	35
ANNEXES	36
VI/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43

DEVENIR DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES EMISES PAR LE

SECTEUR DE LA SANTE : ENQUETE DE PRATIQUE

I/ Introduction :

1) Définitions :

L'enfance en danger est un problème de santé publique, en effet 341 000 mesures de l'aide sociale à l'enfance ont été recensées au 31 décembre 2017 en France (1). L'enfance en danger regroupe les termes d'enfance maltraitée et d'enfance en risque de danger.

L'enfant maltraité est victime de violences physiques, sexuelles, psychologiques, de négligences lourdes qui auront de graves conséquences sur son développement physique et psychologique. En cas de danger grave et immédiat, il doit bénéficier d'une mesure de protection rapide dans un cadre judiciaire par le biais d'un signalement au Procureur de la République.

L'enfant en risque de danger connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais n'est pas maltraité pour autant. Quand un enfant est en risque de danger, une information préoccupante (IP) doit être envoyée à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département, dans les Bouches-du-Rhône, la CRIP 13. L'IP est constituée de tout ce qui peut laisser craindre qu'un enfant soit dans une situation à risque de danger, qu'il s'agisse d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur, de propos entendus ou de faits observés (2). Il s'agit d'une procédure administrative.

2) Cadres Réglementaires :

a) Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance :

La loi de 2007 a réformé la protection de l'enfance en introduisant le terme d'enfance en danger et celui d'information préoccupante (3). Cette loi a pour objectif de renforcer la prévention, et d'organiser le recueil, le traitement et l'évaluation des IP. Elle est à l'origine de la création dans chaque département des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes

afin d'organiser le recueil et la transmission des IP, ainsi que des observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE) pour suivre et organiser la politique de protection de l'enfance. Les ODPE sont sous l'autorité des présidents des conseils départementaux, en lien avec l'observatoire national de l'enfance en danger (ONED). Les ODPE sont chargés du suivi du schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille.

b) Loi n° 2016 -297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (4) :

La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits (5).

L'un des objectifs de cette loi est d'améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, notamment par la création du conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), placé auprès du Premier Ministre et présidé par le ministre chargé des familles et de l'enfance (6) (7), et le remplacement de l'ONED par l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

Cette loi constitue le volet législatif de la feuille de route du gouvernement pour la protection de l'enfance 2015-2017, qui vise à une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant et de ses droits, l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger et de risque de danger, et le développement de la prévention.

Le décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante (8) précise que l'évaluation a pour objet « d'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur ».

Une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (9) a été réalisée et remise au ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes en février 2017 dans le but d'établir une vision partagée de ces besoins. Cette démarche met en avant la sécurité comme méta besoin, dans le sens où il englobe la plupart des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du besoin de sécurité, qui est nécessaire tout au long de la vie.

Les autres besoins correspondent aux besoins physiologiques et de santé, au besoin de protection, et au besoin affectif et relationnel. Nous retiendrons comme autres besoins fondamentaux à caractère universel le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre et de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi.

Le CNPE a remis au premier ministre son premier rapport annuel d'activité sur l'année 2017 (10). L'avis 8-2017 de ce rapport propose un cadre de référence unique pour l'évaluation afin d'améliorer la qualité des évaluations des situations des enfants et des jeunes majeurs. Il s'agit de construire une démarche nationale d'évaluation et d'accompagner son déploiement en proposant des formations spécifiques (formation initiale et continue) pour les acteurs de la protection de l'enfance. Il existe un référentiel d'évaluation participative en protection de l'enfance, correspondant aux caractéristiques recommandées dans la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant, déjà mise en œuvre dans une vingtaine de départements. Cet outil est validé scientifiquement par l'ONPE, il s'agit de l'outil du CREAM Rhône Alpes (centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée) pour l'évaluation participative des situations familiales (11). Ce cadre de référence, basé sur les besoins fondamentaux de l'enfant, en particulier son développement, et ses droits, permet l'harmonisation des pratiques dans un cadre contenant pour les professionnels en se basant sur l'analyse systématique de différents points d'interventions.

La loi de mars 2016 relative à la protection de l'enfant prévoit l'amélioration du repérage des situations de danger par les professionnels de santé, et ce par la désignation au sein de chaque département d'un médecin référent en protection de l'enfance, devant le constat local et national que peu de médecins réalisent des IP et des signalements.

En effet les médecins ne représentent au niveau national que 5% des « signalants » (1% de médecins libéraux) (12). Dans le département des Bouches du Rhône, sur l'année 2017, parmi les 3282 informations pouvant donner lieu à une mesure de protection de l'enfance (IP et signalements), seules 292 ont été réalisées par des professionnels de santé (9%) (13).

i) Médecin référent protection de l'enfance

Le médecin référent "protection de l'enfance" contribue : au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ; à l'articulation entre les services départementaux qui

interviennent dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile (PMI) et la CRIP, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ; et à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs précédemment cités.

Ses missions sont fixées par décret (14), il participe à l'amélioration du repérage de l'enfance en danger auprès des médecins par le biais de réunions d'échange de pratiques, de formations. Il est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la CRIP et les médecins libéraux, hospitaliers et les médecins scolaires. Il soutient et accompagne les médecins en matière de prévention et de repérage des violences faites aux enfants.

ii) **Harmonisation des pratiques**

La loi de mars 2016 prévoit également l'harmonisation des modalités d'évaluation des IP par la publication du décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, devant les disparités des évaluations des situations de danger faisant suite à une IP (8). Le décret prévoit que l'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. L'équipe pluridisciplinaire évalue également la situation des autres mineurs présents au domicile. Le délai permettant la réalisation de l'IP est fixé à 3 mois maximum. Le décret précise les conditions de mise en œuvre de cette évaluation, afin de disposer de références partagées, d'harmoniser et de fiabiliser les résultats de l'évaluation des situations.

La composition de l'équipe pluridisciplinaire est déterminée en fonction de la situation du mineur et des difficultés qu'il rencontre. Cette équipe est composée d'au moins deux professionnels exerçant dans les domaines de l'action socio- éducative, de l'action sociale, de la santé ou de la psychologie. Les professionnels composant cette équipe relèvent des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, ou du service social départemental. Des professionnels issus d'autres services, institutions ou associations, concourant à la protection de l'enfance, notamment le service de promotion de la santé en faveur des élèves et le service social en faveur des élèves, réalisent en cas de besoin l'évaluation ou y participent.

Lorsque l'évaluation en cours fait apparaître une problématique spécifique, relevant par exemple du handicap, et nécessitant d'être complétée, l'équipe pluridisciplinaire recourt à des experts ou services spécialisés pour obtenir un éclairage spécifique. Les professionnels chargés de l'évaluation sont, sauf exception, différents de ceux chargés du suivi de la famille dans les cas où un suivi social ou médico-social est en cours.

Le décret précise que, au cours de l'évaluation, seront pris en compte l'avis du mineur sur sa situation, l'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les besoins du mineur, leurs difficultés éventuelles, leur compréhension de la situation et les propositions qu'ils pourraient formuler. L'avis des professionnels qui connaissent le mineur dans son quotidien, dans le cadre de soins ou d'un accompagnement, est également recueilli. Il doit également être tenu compte des éventuelles informations préoccupantes reçues antérieurement. Le mineur et les titulaires de l'autorité parentale doivent être rencontrés au moins une fois à leur domicile. Et - si possible - une rencontre avec le mineur doit être organisée sans les titulaires de l'autorité parentale. L'impossibilité de rencontrer le mineur, seul ou en présence des titulaires de l'autorité parentale, conduit à la saisine de l'autorité judiciaire.

c) Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 :

Le plan interministériel (15) prévoit la désignation dans chaque hôpital de médecins référents hospitaliers. Ces médecins référents ont un rôle d'expertise et d'accompagnement à disposition des professionnels de santé. Dans le département des Bouches-du-Rhône, des médecins ont été identifiés dans chaque service de pédiatrie et travaillent de façon coordonnée avec le conseil départemental des Bouches-du-Rhône (CD13). Certains hôpitaux disposent d'unités spécifiques de prise en charge de protection de l'enfance. Ce plan comprend quatre grands axes d'intervention : l'amélioration de la connaissance et de la compréhension des mécanismes de violence, la sensibilisation et la prévention, la formation pour améliorer le repérage et l'accompagnement des enfants victimes de violences.

d) Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance :

Un secrétaire d'état à la protection de l'enfance a été nommé en janvier 2019 auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Sa mission principale consiste à proposer des mesures pour garantir le droit à la sécurité, à la santé et à l'éducation des enfants confiés à la protection de l'enfance. Il a présenté en octobre 2019 la stratégie de prévention et de protection de

l'enfance 2020 -2022 dont le but est de garantir à chaque enfant et les mêmes droits et les mêmes chances (16). Quatre grands axes d'intervention ont été définis :

- Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles ;
- Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures ;
- Donner aux enfants les moyens d'agir et garantir leurs droits ;
- Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte.

Une des propositions émises afin de sécuriser les parcours est la systématisation du bilan de santé des mineurs à leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et leur accès à un parcours de soins coordonné.

Les mineurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulière en matière de santé, avec des besoins spécifiques en rapports avec la fréquence des situations de handicap et des retards de développement, pourtant l'accès aux soins restent difficiles. En effet seuls 33% des enfants bénéficient d'une évaluation médicale et psychologique, pourtant obligatoire dans le cadre du projet pour l'enfant.

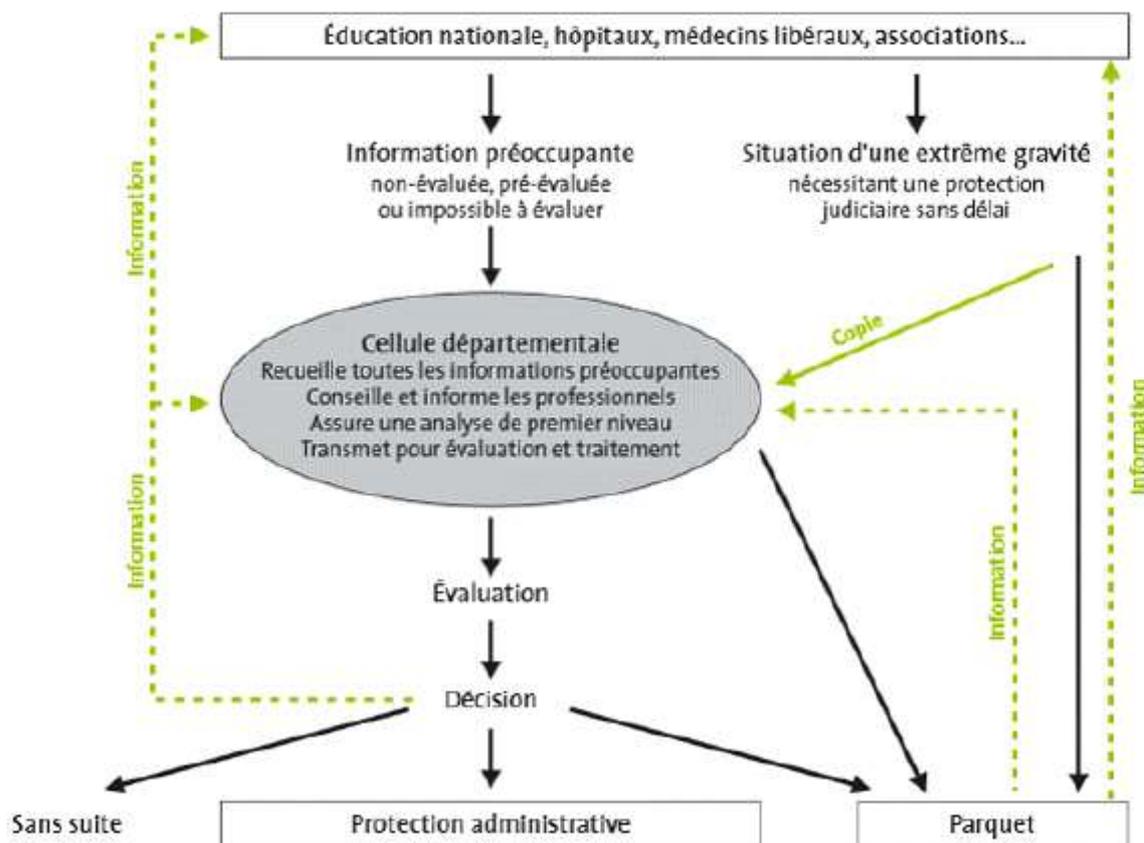
A cet effet, une expérimentation de parcours de soins coordonné pour les mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance va être mise en place au sein de plusieurs départements pilotes, à la suite de l'arrêté du 3 juin 2019 (17).

3) Organisation départementale :

Dans le département des Bouches du Rhône depuis le mois de mai 2016, la CRIP 13 centralise toutes les IP, et reçoit également une copie des signalements effectués. Avant cette date il y avait une double entrée des IP, qui pouvait être reçues par la CRIP mais également directement par les Maisons de la Solidarité (MDS). Les données relatives à la protection de l'enfance qui sont reçues par la CRIP sont enregistrées dans la base de données utilisée par le département, GENESIS.

Cette centralisation des IP au sein de la CRIP permet de garantir un respect des procédures, une clarification des rôles et une meilleure sécurisation du dispositif (18).

Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être



Source : <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>, page 56. (19)

Une IP peut être adressée à la CRIP par téléphone, courriel, fax ou par courrier. Une IP peut être réalisée par l'intermédiaire du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED, 119, appel gratuit et confidentiel). En dehors des horaires d'ouverture de la CRIP, le 119 prend le relai et réadresse ensuite vers la CRIP13.

La CRIP 13 fait partie de la Direction Enfance Famille (DEF), au sein de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS) du CD 13. Elle est composée de référents IP, au nombre de sept, soit un par secteur géographique du territoire, une secrétaire, un responsable et un médecin référent protection de l'enfance. La composition pluridisciplinaire de la CRIP permet différents points de vue sur le plan éducatif, social, médical, juridique et administratif. Elle fait le lien entre les services départementaux et les juridictions (le Parquet) et travaille avec de nombreux professionnels dont ceux de l'éducation nationale, de la santé, de la police. Le fonctionnement de la CRIP13 ainsi que la place du médecin dans le repérage du danger est expliqué dans un chapitre de livre de pédiatrie ambulatoire (20).

Toutes les informations centralisées par la CRIP sont des informations dites entrantes.

Chaque information entrante est traitée par un agent de la CRIP 13 afin d'analyser la situation de danger ou de risque de danger. L'agent en charge du traitement peut être amené à compléter les recherches en cas d'informations incomplètes, le médecin référent protection de l'enfance peut se mettre en contact avec les professionnels de santé à l'origine de l'information dans le même but. Au terme de l'analyse l'information peut être, après validation par le responsable de la CRIP :

- Classée sans suite ;
- Qualifiée en IP et transmise à la MDS de secteur pour évaluation ;
- Transmise directement auprès de l'Inspecteur Enfance Famille (IEF) si le mineur bénéficie déjà d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- Transmise au parquet en cas de danger grave et immédiat pour signalement.

La CRIP 13 utilise une fiche type dans laquelle elle qualifie le danger, l'existence d'une maltraitance associée ou d'une problématique familiale, cette fiche est par la suite transmise en MDS (Annexe 1).

L'IP est ensuite évaluée au sein de la MDS correspondant au lieu de résidence des titulaires de l'autorité parentale par des professionnels formés à cet effet. La composition de l'équipe est décidée en fonction de la population visée par l'IP et du contexte initial. Il est fait mention dans le schéma départemental enfance famille 2016-2020 des Bouches du Rhône d'une Commission d'Evaluation des IP (CEIP), réunion bi hebdomadaire dans chaque MDS. Les professionnels en charge de l'évaluation rédigent un rapport d'évaluation médico-sociale qui est transmis à l'IEF. Le rapport d'évaluation médico-sociale doit être le plus complet possible pour permettre à l'IEF de prendre la décision la plus adaptée à la situation du mineur : sans suite, mesure administrative ou saisine judiciaire.

L'Inspecteur Enfance Famille est un personnage clé du dispositif de protection de l'enfance. Il est le garant de l'application des textes législatifs et réglementaires et du respect du droit de l'enfant et des familles. Il intervient pour la mise en œuvre des mesures de prévention et de protection de l'enfance dans un cadre administratif, mais aussi judiciaire en décidant de la saisine du Procureur de la République dans le cadre des demandes de protection judiciaire (21). Sur le département des Bouches du Rhône, il existe 3 pôles IEF, implantés sur les territoires de Marseille, Aix en Provence et Istres.

Toutes les données concernant la protection de l'enfance (PE) sont analysées tous les ans dans le cadre de l'ODPE. Il s'agit de l'observatoire départemental de la protection de l'Enfance, mis en place à la suite de la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance, dans le but de suivre

et d'organiser la politique de protection de l'enfance du département, en lien avec l'observatoire national de protection de l'enfance (ONPE).

4) Problématique :

Le constat national concernant la difficulté de transmission d'informations du monde médical face à une situation de danger, ainsi que l'hétérogénéité des modalités d'évaluation des situations de danger sont confirmés dans les Bouches-du-Rhône (25). Pour répondre aux objectifs réglementaires en termes de repérage médical, un travail de sensibilisation et de formation des professionnels de santé est réalisé dans le département. Concernant l'évaluation, une enquête interne au sein de la DGAS des Bouches-du-Rhône en 2017 a confirmé la variation des pratiques en fonction des MDS.

Afin de mieux comprendre la place de la santé tant dans le repérage que dans l'évaluation des situations de danger, il nous a semblé intéressant d'explorer dans un territoire précis du département, les modalités d'évaluations des IP émanant du secteur de la santé.

5) Objectifs :

L'objectif principal est de décrire les modalités d'évaluation des situations de danger rapportées par le professionnel de santé.

En réalisant un état des lieux des pratiques, nous pouvons mesurer l'écart par rapport aux exigences réglementaires.

Les récentes lois de protection de l'enfance nous obligent à adapter nos pratiques. Etudier les modalités d'évaluation d'une situation de danger dans le cadre d'une enquête préliminaire pourrait apporter des éléments de réflexion en termes de modifications de pratiques, de besoin de formation des professionnels. L'enjeu est également de sensibiliser les professionnels de santé aux suites données à une IP, créer des liens entre professionnels de la santé et les professionnels des services départementaux en charge de la protection de l'enfance, pour une meilleure prise en charge de ces situations.

Les objectifs secondaires sont :

- Participer au maillage territorial et départemental en améliorant les pratiques, notamment améliorer le partenariat entre les professionnels de la protection de l'enfance et ceux qui œuvrent pour la protection de l'enfance en identifiant les professionnels pouvant être sollicités dans le cadre de l'évaluation de l'IP

- Evaluer la prise en compte de la santé dans les situations signalées, notamment par l'intervention de la PMI

II/ Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une enquête de pratiques descriptive basée sur une étude rétrospective de dossiers administratifs de la DEF du Conseil départemental d'enfants ayant fait l'objet d'une évaluation d'une situation de danger ou de risque de danger à la suite d'une IP émise par un professionnel de santé.

Nous nous sommes intéressés aux IP émanant des professionnels de santé, qualifiés à la CRIP entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017.

La DEF bénéficie d'une base de données GENESIS rassemblant les données administratives relatives aux enfants faisant l'objet d'une mesure de PE et encadrée par une déclaration CNIL n° 1579001, faite le 06/04/2012 par le CD13.

1) Population des signalants :

Nous avons retenu les professionnels de santé exerçant en libéral, les hospitaliers, et les professionnels de la DGAS. Ont été exclus les médecins scolaires car référencés dans l'Education Nationale dans la base de données GENESIS.

Les signalants dans notre étude correspondent aux catégories Libéral, Hôpital clinique, et CG sur la base de données GENESIS et autre partenaire santé. La catégorie CG correspond à la DGAS, c'est-à-dire la DPMISP et la MDA. La catégorie autre partenaire santé a également été exclue car correspondant à un bailleur social dans les dossiers d'IP. N'ayant pas le détail des signalants dans la base de données GENESIS, nous avons également exclus les signalements émanant d'autres partenaires santé.

2) Territoire d'étude :

Notre étude porte sur un territoire précis du département, celui du pôle inspecteurs enfance famille d'Aix en Provence, regroupant 4 Maisons départementales de la Solidarité : Aix en Provence, Gardanne, Vitrolles et Salon de Provence. Chaque MDS recouvre plusieurs communes. Ce territoire correspond au territoire de stage d'internat en Protection Maternelle et Infantile de l'interne en médecine générale réalisant l'étude dans le cadre de sa thèse de médecine.

Les données administratives consultées dans les dossiers relevant de la Protection de l'enfance sont traitées de façon anonyme. Elles sont consultées par un professionnel unique travaillant sous le sceau du secret professionnel, missionné dans le cadre de la protection de l'enfance, donc soumis au secret. La lecture et l'analyse des rapports sont effectuées par une seule personne, après avoir défini les indicateurs, afin de limiter les biais d'interprétation.

Les éléments de l'étude sont anonymisés par un numéro d'identification avec table de passage conservée par le responsable du traitement de l'étude dans un fichier indépendant de la base de données.

Les données recueillies sont saisies manuellement dans une base de données EXCEL regroupant les différents indicateurs par le responsable du traitement de l'étude lors de chaque session de recueil de données.

3) Indicateurs :

Les indicateurs utilisés pour décrire la population d'enfants concernés par l'évaluation sont :

- Le sexe,
- La situation familiale,
- La catégorie socio-professionnelle (CSP) (22),
- La présence de facteurs de risques de vulnérabilité, pouvant être relatifs à l'enfant, aux parents ou à l'environnement (23) : Voir tableau 1,
- L'existence d'un contexte médical,
- La notion d'un suivi médico-social antérieur ou de mesures de protection de l'enfance connues,
- La scolarité,
- Le logement.

Tableau 1 : Facteurs de vulnérabilité

Facteurs de risque chez l'enfant victime	Facteurs de risque chez les auteurs de la maltraitance	Facteurs de risque dans l'environnement
Enfant perçu comme « différent » : issu d'une grossesse pathologique, jumeau(x), enfant illégitime Troubles du comportement Particularités physiques et psychiques : handicaps, troubles spécifiques du développement, prématurité Si violenté dans sa famille : plus de risque d'être violenté par ses pairs	Traits de personnalité : troubles émotionnels, agressivité, faible estime de soi Relations sociales pauvres Difficultés cognitives et émotionnelles : troubles thymiques, difficultés d'apprentissage, faible capacité de raisonnement verbal Problèmes de santé : maladie somatique, maladie mentale, handicap, alcoolisme, toxicomanie Parentalité problématique : préoccupations parentales importantes, parent jeune Traumatismes dans la petite enfance : maltraitance, deuils, séparations répétées	Plan socioéconomique : faibles revenus, isolement social, isolement en zone rurale Tous les milieux sociaux sont concernés Schémas familiaux : familles monoparentales, familles nombreuses, familles où règnent violences familiales et conjugales, familles avec conflits transgénérationnels méconnus Période de plus grande vulnérabilité : deuil, séparation des parents, chômage, déménagement, maladie d'un proche

Source : <https://www.em-consulte.com/article/1102003/maltraitance-envers-les-enfants-et-les-adolescents> (23)

4) Méthode d'analyse :

Nous avons bénéficié de l'accompagnement du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Marseille pour la réalisation des statistiques.

Afin de décrire la population étudiée et le déroulement de l'évaluation des informations préoccupantes nous avons utilisé des variables quantitatives à type de pourcentages, effectifs et moyennes, selon les données décrites.

Nous avons également étudié plusieurs corrélations :

- L'intervention de la PMI dans l'évaluation et l'âge de l'enfant,
- L'intervention de la PMI et l'existence d'un contexte médical,
- La sollicitation d'un avis extérieur et l'existence d'un contexte médical.

Pour cela nous avons utilisé le test du Chi² par correction de Fisher avec calcul de l'Odds Ratio. Ces calculs ont été réalisés sur le site internet Biostatgv (24).

Cette étude a bénéficié d'un avis favorable du comité d'éthique de l'université Aix-Marseille en date du 19 juillet 2018, sous la référence 2018-24-05-009 (Annexe 2).

III/ Résultats :

1) Données globales :

Nous travaillons à partir des données de l'activité 2017 présentée à l'ODPE en 2018 (13).

Parmi les 5243 informations entrantes à la CRIP des Bouches du Rhône (CRIP13) en 2017, 1961 ont été classées sans suite et 3282 informations ont pu donner lieu à une mesure de protection de l'enfance, soit 62,6% des informations entrantes (N=5243). Ces 3282 informations concernent 5077 mineurs, en effet la loi de 2016 et le décret d'octobre permettent l'évaluation de toute la famille.

Parmi ces 3282 informations pouvant donner lieu à une mesure, nous retrouvons 2238 IP et 1044 signalements. Les 2238 IP correspondent à 68,2% (N=3282) des informations et les 1044 signalements correspondent à 31,8% (N=3282).

En 2017 le secteur de la santé représentait 9% des signalants, soit 292 informations émanant du secteur de la santé, sur le département des Bouches du Rhône (N=3282). En France selon le Rapport du Comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants de 2013, seul 5% des informations pouvant donner lieu à une mesure proviennent du secteur de la santé.

Dans le territoire concerné par notre étude, soit le pôle Enfance Famille d'Aix en Provence, 649 informations ont pu donner lieu à une mesure, soit 20% des informations à l'échelle départementale (N=3282). Parmi ses 649 informations, 47 émanent du secteur de la santé soit 7,2% des mesures, un chiffre comparable à l'échelle départementale (9%) selon les données de l'Observatoire Départemental de Protection de l'enfance des Bouches du Rhône. Ces 47 informations correspondent à 30 IP et 17 signalements.

Ce chiffre paraît faible car l'enquête porte sur un territoire limité du département mais semble correspondre aux données de la littérature, en effet 5% des IP sont réalisées par des médecins au niveau national.

Nous nous intéressons aux IP.

Ces 30 dossiers d'IP concernent 25 fratries et 43 situations d'enfants évalués (en incluant les autres mineurs de la fratrie et les mineurs présents au domicile). En effet il peut y avoir plusieurs IP dans une même fratrie, bien que l'évaluation doive concerner tous les mineurs présents au domicile.

2) Répartition par territoire :

La répartition dans le territoire des informations pouvant donner lieu à une mesure est rapportée dans le tableau n°2 :

Tableau 2 : Répartition par MDS des informations pouvant donner lieu à une mesure dans le pôle IEF d'Aix en Provence (N=649) :

Répartition par MDS	Effectif par MDS sur le pôle IEF d'Aix en Provence n (%)
Aix-en-Provence	251 (38,7)
Gardanne	122 (18,8)
Salon de Pce	148 (22,8)
Vitrolles	128 (19,7)
Total	649 (100)

Il semble donc que le pôle d'Aix en Provence soit le plus concerné par les IP sur le pôle IEF.

Parmi les 649 informations pouvant donner lieu à une mesure, 47 informations émanent du secteur de la santé. La répartition dans les différentes MDS de ces 47 informations est rapportée dans le tableau n°3 :

Tableau 3 : Répartition des 47 informations dans les MDS

Répartition par MDS	Nombre d'IP 2017 N = 30 (%)	Nombre de signalement 2017 N = 22 (%)	Nombre total IP et Signalement 2017 N = 52 (%)
Aix-en-Provence	15 (50)	10 (58,8)	25 (53,2)
Gardanne	3 (10)	0 (0)	3 (6,4)
Salon de Pce	9 (30)	4 (23,5)	13 (27,6)
Vitrolles	3 (10)	3 (17,6)	6 (12,8)
Total	30 (100)	17 (100)	47 (100)

Le secteur majoritairement concerné par les IP émanant du secteur de la santé est également celui d'Aix en Provence.

3) Les signalants :

Le tableau n°4 détaille l'origine des signalants.

Parmi les professionnels hospitaliers nous retrouvons en premier lieu les services de pédiatrie, puis les CMP (Centre Médico-Psychologique) et CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), les services de maternité et les urgences pédiatriques.

Les professionnels libéraux regroupent un médecin généraliste, un pédopsychiatre et un psychologue.

La catégorie DGAS regroupe dans notre étude la DPMISP (Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé Publique) et la Maison Des Adolescents (MDA).

Tableau 4 : Origine du signalant

Origine du signalant	Nombre d'IP N = 30 (%)	Nombre de signalement N = 22 (%)	Nombre total IP et signalement N = 52 (%)
Hospitalier	25 (83,3)	16 (94,1)	41 (87,2)
Libéral	3 (10)	0 (0)	3 (6,4)
DGAS	2 (6,7)	1 (5,9)	3 (6,4)
Total	30 (100)	17 (100)	47 (100)

La base de données ne précise ni le détail ni le suivi des signalements. Cela a donc occasionné des données manquantes.

Les écrits, IP ou signalement, viennent surtout des hospitaliers (pour lesquels la réflexion en équipe est probablement facilitante).

4) Critères de danger :

Nous nous intéressons aux critères de qualifications de l'IP à la CRIP. Il peut y avoir des critères de danger multiples que la CRIP répertorie en trois catégories :

- Nature du danger : développement, santé, moralité, éducation, sécurité,
- Maltraitance associée : négligences lourdes, violences psychologiques, physiques ou sexuelles,
- Problématique familiale : manque de soutien, exposition à un climat de violence ou un conflit de couple, conduites addictives, déficience intellectuelle ou mentale.

Un élément correspondant à la nature du danger est, de fait, retrouvé dans tous les dossiers. Une maltraitance associée est présente dans 7 IP sur 30 soit 23%. Les violences physiques ou sexuelles ne sont mentionnées dans aucun des cas de notre échantillon, elles donnent lieu à un signalement et non à une IP. La problématique familiale est présente dans 29 IP sur 30 soit 97% des cas et plusieurs problématiques peuvent s'associer entre elles.

Les critères de danger sont détaillés dans le tableau n°5.

Tableau 5 : Critères de danger (N=30)

	Nombre d'IP n (%)
NATURE DU DANGER	
Développement	25 (83,3)
Education	21 (70,0)
Santé	11 (36,7)
Sécurité	8 (26,7)
Moralité	1 (3,3)
MALTRAITANCE ASSOCIEE	
Négligences lourdes	4 (13,3)
Violences psychologiques	3 (10,0)
Violences physiques	0
Violences sexuelles	0
PROBLEMATIQUE FAMILIALE	
Manque de soutien	14 (46,7)
Exposition à un climat de violence	11 (36,7)
Exposition à un conflit de couple	9 (30,0)
Conduites addictives	3 (10,0)
Déficiência intellectuelle ou mentale	4 (13,3)
En cas de climat de violence : existence de violence physique	1 (3,3)

Le principal danger porte sur le développement et l'éducation. La problématique familiale principale est le manque de soutien et l'exposition à un climat de violence. Une maltraitance associée est retrouvée dans moins de 15% des IP.

5) La population des enfants concernés par les IP :

Nous nous intéressons aux 30 IP. Ces IP concernent 25 fratries donc 43 enfants sont évalués.

a) Age et Sexe :

Le tableau n°6 détaille l'âge et le sexe de la population d'enfants concernés par les évaluations des IP.

Tableau 6 : Age et sexe de la population d'enfants concernés par les IP.

	Mineurs directement concernés par les IP n = 30 (%)	Autres mineurs évalués vivant au domicile n = 13 (%)	Population totale des mineurs évalués n = 43 (%)
Sexe :			
- Masculin	20 (66,7)	7 (53,8)	27 (62,8)
- Féminin	10 (33,3)	6 (46,1)	16 (37,2)
Age moyen	7,1 ans (écart type 4,1 ans)	8,6 ans (écart type 3,25 ans)	7,6 ans (écart type 5,4 ans)
Tranches d'âge :			
- 0-2 ans	7 (23,3)	1 (7,7)	8 (18,6)
- 3-6 ans	10 (33,3)	5 (38,5)	15 (34,9)
- 7-10 ans	3 (10)	2 (15,4)	5 (11,6)
- 11-15 ans	7 (23,3)	4 (30,8)	13 (30,2)
- > 15 ans	3 (10)	1 (7,7)	4 (9,3)
Total	30 (100)	13 (100)	43 (100)

La tranche d'âge majoritaire est celle des 3-6 ans sur la totalité de l'échantillon, avec un âge moyen de 7,6 ans (écart type 5,4 ans). Le genre masculin est prédominant.

b) Scolarité :

Dans 21 cas les enfants suivaient une scolarité « ordinaire », c'est-à-dire classique avec recours à une auxiliaire de vie scolaire (AVS) dans 2 IP et redoublement d'une classe dans 3 IP. Dans 2 cas les enfants suivaient une scolarité dite « adaptée » comprenant une scolarisation en ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) dans une IP et en ULIS (Unités localisées pour l'inclusion scolaire) dans l'autre IP. Les mineurs n'étant pas en âge scolaire sont au nombre de 7.

Concernant les autres mineurs présents au domicile mais non ciblés précisément par l'IP, ils sont au nombre de 13 et il est fait mention d'une scolarité en milieu ordinaire dans 4 IP, et en milieu adapté dans 2 IP (RASED (Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) et SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté)), et il y a 6 données manquantes.

c) Situation familiale :

La situation familiale des 43 mineurs évalués dans le cadre des IP est détaillé dans le tableau n°7.

Tableau 7 : Situation familiale des mineurs (N = 43)

	Population totale des 43 mineurs n (%)
Situation familiale :	
- Avec ses 2 parents	18 (41,9)
- Avec sa mère seule	14 (32,6)
- Avec son père seul	3 (6,9)
- Garde alternée	3 (6,9)
- Avec sa mère dans une famille recomposée	2 (4,6)
- Avec son père dans une famille recomposée	3(6,9)
Autorité parentale :	
- Autorité conjointe	37 (86,0)
- Autorité au père	1 (2,3)
- Autorité à la mère	5 (11,6)

La majorité des mineurs vivent avec leurs deux parents, qui ont l'autorité parentale conjointe.

L'âge moyen des pères est de 43,4 ans (écart type 12,5 ans) et l'âge moyen des mères est de 35,8 ans (écart type 8,6 ans).

Dans notre échantillon, la CSP la plus répandue chez les pères est celle des **professions intermédiaires** (26,7 %) suivi par les ouvriers (20 %). Chez les mères la CSP la plus répandue est celle des **autres personnes sans activité professionnelle** (43,3 %), puis les employés (26,7 %).

Les conditions de vie et ou lieu de logement étaient stipulés dans 18 IP sur 30, soit 60 % (dont HLM dans 20 % des IP et logement sans particularité dans 40 % des cas).

L'entourage familial est présenté comme aidant dans 18 situations sur 30, soit 60%. La famille est présentée comme isolée sur le plan de l'entourage dans 8 situations. L'entourage familial n'est pas évoqué dans 4 dossiers.

Il semble donc ressortir une influence des conditions socio-économiques.

d) Facteurs de risque de vulnérabilité :

Nous nous sommes intéressés aux facteurs de risque de vulnérabilité présents au sein de chaque famille concernée par une information préoccupante. Ces facteurs de risque de vulnérabilité peuvent être liés à l'enfant, aux parents ou à l'environnement (23).

i) Facteurs de risque de vulnérabilité liés à l'enfant

Ils sont retrouvés chez les enfants dans **70 %** des situations, soit 21 IP sur 30 et peuvent être multiples. Parmi les facteurs de risque liés à l'enfant nous retrouvons au 1^{er} plan l'existence de troubles du comportement dans 13 IP (43,3 %) incluant également les troubles psychiques, puis les troubles neurodéveloppementaux dans 8 IP (26,7 %), et les facteurs de risque périnataux dans 3 IP : grossesse difficile, séparation périnatale précoce, prématurité (10 %).

ii) Facteurs de risques de vulnérabilité liés aux parents

Les facteurs de risque de vulnérabilité liés aux parents sont également retrouvés dans 21 IP sur 30 soit **70 %** des informations préoccupantes. Parmi ces facteurs de risque, les troubles psychiques sont prédominants (36,7 %, soit 11 IP), suivis par les pathologies somatiques chroniques dans 6 IP (20 %) ainsi que les antécédents de maltraitance (20 %). Ils peuvent être associés entre eux. Nous retrouvons les conduites addictives dans 5 IP (16,7 %) et les difficultés émotionnelles et traits de personnalité dans 5 IP également (16,7 %).

iii) Facteurs de risque de vulnérabilité liés à l'environnement

Les facteurs de risque de vulnérabilité peuvent également être liés à l'environnement. Nous retrouvons ces facteurs de risque dans **90 %** des IP (27 IP sur 30), avec au 1^{er} plan les violences et conflits intra familiaux dans 20 IP (66,7 %), suivies par les familles monoparentales dans 14 IP (46,7 %). Puis nous retrouvons les périodes de vulnérabilité dans 9 IP (30%), à savoir séparation ou perte d'emploi par exemple et enfin les faibles revenus dans 4 IP (16,7 %). Différents facteurs de risque peuvent être associés.

Nous retrouvons des facteurs de risques de vulnérabilité dans la majorité des IP, le facteur environnemental étant prédominant.

e) Contexte médical :

Les IP étudiées étant celles émanant du secteur de la santé, nous nous sommes intéressés à l'existence d'un contexte médical dans les IP. Dans notre étude, pour 80% des familles concernées, soit 24 IP, il y avait un contexte médical particulier. Il s'agit de troubles spécifiques à l'enfant, tels que les troubles neurodéveloppementaux et la prématurité, et de troubles spécifiques aux parents, tels que les addictions. Les troubles psychiques et les pathologies somatiques chroniques peuvent se retrouver chez les enfants et les parents.

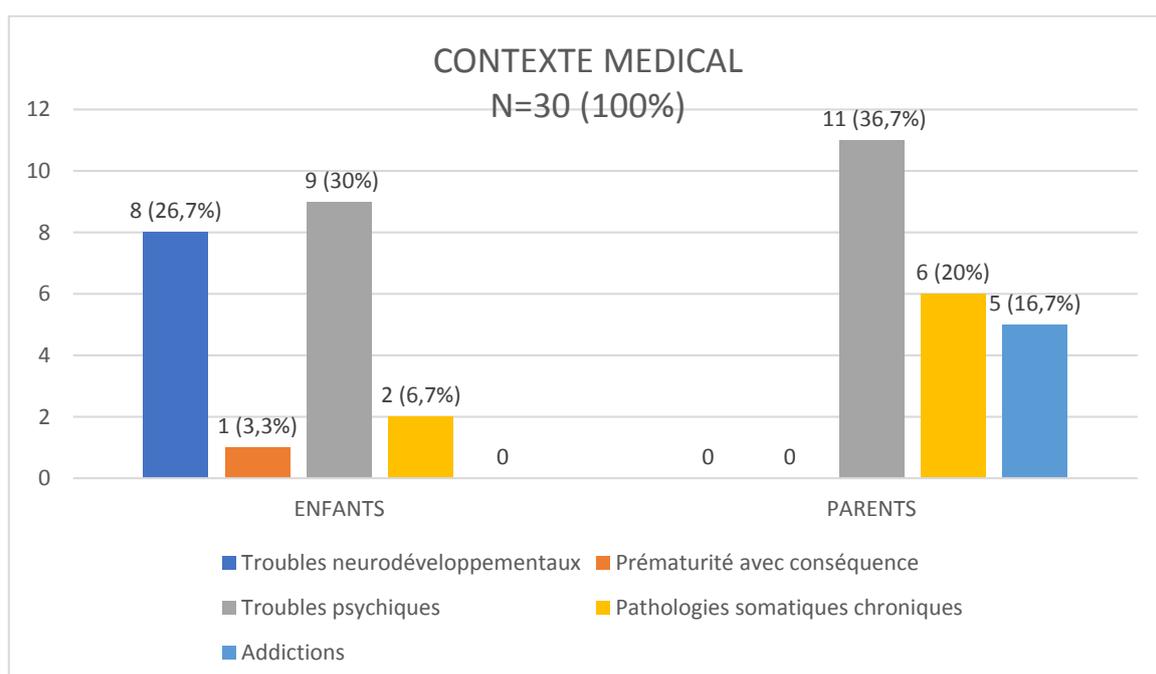
Chez l'enfant nous avons retrouvé un contexte médical dans 18 IP sur 30, soit 60% des IP, plusieurs troubles pouvant s'associer entre eux. Les principaux éléments médicaux étant l'existence de troubles psychiques et de troubles neurodéveloppementaux.

Chez les parents, le contexte médical est retrouvé dans 16 IP sur 30 soit 53,3% des IP, parmi lesquels prédominent les troubles psychiques et les pathologies somatiques chroniques. Plusieurs troubles pouvant s'associer entre eux.

L'association d'un contexte médical chez l'enfant et les parents se retrouve dans 10 IP soit 33,3%.

Le contexte médical est détaillé dans le diagramme n°1.

Diagramme n°1 : Contexte médical chez les enfants et les parents. N=30 (100%)



f) Suivi médicosocial :

Dans notre étude, 86,7% des familles concernées par une IP bénéficiaient d'un suivi médicosocial, soit 26 IP sur 30. Dans ces 26 IP les enfants font tous l'objet d'un suivi. Les parents bénéficient quant à eux d'un suivi dans 17 IP sur 30, soit 56,7% des IP. Plusieurs structures peuvent intervenir dans le suivi d'une même famille.

Parmi les structures impliquées dans le suivi des enfants nous retrouvons principalement les services médico-socio-éducatifs dans 73,1% des cas (CMP, PMI, TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale), ITEP et CAMSP), les services médicaux dans 23,1% des cas (service hospitalier, psychologue libéral et médecin libéral) puis les services sociaux dans 7,7% des cas (service social en faveur des élèves).

Parmi les structures impliquées dans le suivi des parents, les services sociaux interviennent dans 70,1% des cas (service social hospitalier, cohésion sociale, CCAS, sans précision). Les services médico-socio-éducatifs interviennent pour les parents dans 29,4% des IP (TISF et MDA), suivis par les structures de réinsertion sociale dans 17,6% des IP (CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), APERS (Association de Prévention et de Réinsertion Sociale), mission locale, pôle emploi). Un suivi médical hospitalier était mis en place dans 5,9% des IP.

Il semble qu'il y ait donc différents référents médicaux potentiels à solliciter dans le cadre de l'évaluation.

g) Mesures antérieures :

Dans 16 IP/30 soit 53% des IP, nous retrouvons des mesures de protection de l'enfance antérieures, pouvant s'associer entre elles. Les principales sont les mesures judiciaires dans 6 IP sur 16, soit 38%, suivies par les IP conclues sans suite après évaluation dans 5 IP sur 16, soit 31%. Puis il y a les mesures administratives dans 4 IP sur 16, soit 25% et enfin les interventions des forces de l'ordre dans 3 IP sur 16, soit 19%.

Nous retrouvons donc une réitération du risque de danger malgré les prises en charge antérieures chez ces familles.

6) Procédures d'évaluation de la situation de danger en MDS après qualification par la CRIP :

a) Les délais :

Les délais d'évaluation de la situation de danger, soit entre la date de réception de l'IP en MDS et la date de fin d'évaluation sont en moyenne de 126,5 jours, avec un écart type de 60,3 jours. Cela va de 25 jours minimum à 267 jours maximum. Nous avons 4 données manquantes. **Seules 8 évaluations, soit 26,7%, ont bénéficié d'une évaluation de moins de 3 mois, comme le préconise le décret.**

Le délai de prise de décision après la fin de l'évaluation est de 13,3 jours en moyenne, avec un écart type de 13,1 jours. Il va de 1 à 48 jours, il nous manque 6 données.

Au total le délai de la réception de l'IP jusqu'à la décision prise par IEF à l'issue de l'évaluation est de 132,4 jours en moyenne, avec un écart type de 68,7 jours. Cela va de 25 jours à 275 jours, avec 2 données manquantes.

b) Les équipes d'évaluations :

Les équipes d'évaluation sont en moyenne composées de 2 professionnels, mais cela varie de 1 à 3 professionnels. Deux situations (soit 6,7%) ont été évaluées par un professionnel unique. Pour la majorité des dossiers (26 situations sur 30, soit 86,7%), l'équipe est composée de 2 professionnels, et seul un petit nombre de cas sont évalués par 3 professionnels (2 situations sur 30, soit 6,7%).

La pluridisciplinarité est respectée dans 19 situations à évaluer sur 30 soit 63,3%.

Les professionnels participant aux évaluations sont :

- Les assistantes sociales dans 27 situations sur 30 (90%),
- Les puéricultrices dans 10 situations sur 30 (33,3%),
- Les éducateurs spécialisés dans 4 situations sur 30 (13,3%),
- Les infirmiers dans 3 situations sur 30 (10%),
- Les médecins de PMI dans 2 situations sur 30 (6,7%),
- Les psychologues (6,7%),
- L'Adjoint Enfance Famille dans une situation à évaluer sur 30 (3,3%).

Concernant les 30 situations à évaluer, les équipes sont constituées par :

- Une assistante sociale et d'une puéricultrice dans 10 cas sur 30 soit 33,3%,
- Un binôme d'assistantes sociales dans 8 cas sur 30 soit 26,7%,
- Une assistante sociale et un éducateur spécialisé dans 2 situations sur 30, soit 6,7%,
- Une assistante sociale et un infirmier dans 2 situations sur 30 soit 6,7%,
- Une assistante sociale et un psychologue dans 2 situations sur 30 soit 6,7%,
- Un trio formé par 2 assistantes sociales et un médecin de PMI dans 2 cas sur 30, soit 6,7%.
- Une équipe éducateur spécialisé et infirmier dans une seule situation sur 30 soit 3,3%
- Un binôme de deux éducateurs spécialisés dans une situation sur 30, soit 3,3%,
- Une assistante sociale seule dans un cas sur 30, soit 3,3%,
- L'Adjoint Enfance Famille seul dans un dossier sur 30, soit 3,3%.

Les équipes sont principalement constituées de deux professionnels, parmi lesquelles les assistantes sociales sont majoritaires, suivi par les puéricultrices.

Pour toutes les familles bénéficiant déjà d'un suivi en MDS, l'équipe d'évaluation a toujours été différente de l'équipe de suivi.

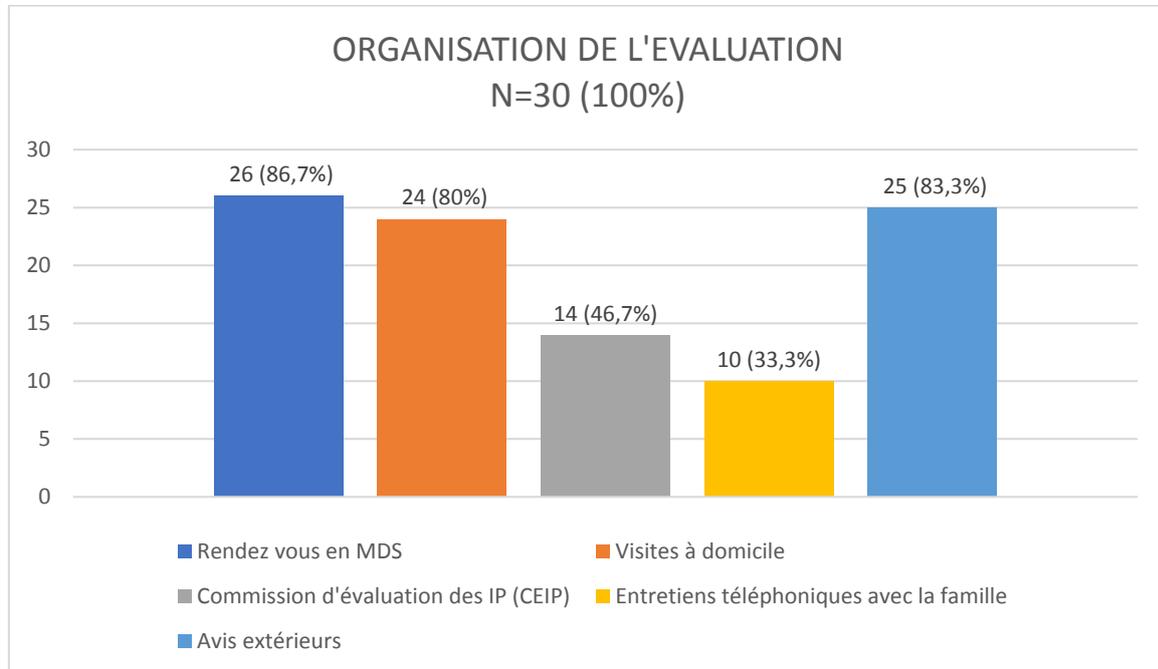
Dans les 30 IP, il a été réalisé un écrit commun signé par les différents professionnels composant l'équipe d'évaluation.

Nous remarquons donc que la pluridisciplinarité du binôme tel que voulu dans le décret n'est pas toujours respectée.

c) L'organisation de l'évaluation :

Le diagramme suivant rapporte l'organisation de l'évaluation :

Diagramme 2 : Organisation de l'évaluation (N=30).



Dans 26 cas sur 30, soit 86,7% les familles sont **reçues en MDS** avec une moyenne de 2,3 rendez-vous, cela varie entre 0 et 7 rendez-vous en MDS, avec un écart type de 1,8 visites.

Les **visites à domicile** (VAD) sont réalisées dans 24 cas sur 30, soit 80% des situations à évaluer avec une moyenne d'une visite à domicile, pour un minimum de 0 et un maximum de 2 VAD. L'écart type est de 0,7 VAD.

Il est noté 14 situations discutées dans le cadre de **Commission d'évaluation des IP (CEIP)**, relevant toutes de la MDS de Aix en Provence, avec une moyenne de 2 CEIP par évaluation. Cela varie entre 0 et 7 CEIP, avec un écart type de 2,1 CEIP. Les CEIP ne sont pas mentionnées dans les autres évaluations, mais cela ne signifie pas que les autres MDS ne fonctionnent pas avec des CEIP.

Des **entretiens téléphoniques** avec la famille ont été réalisés dans 10 cas sur 30, soit 33,3% des situations, avec une moyenne d'un entretien téléphonique et un écart type de 1,4. Cela varie de 0 à 5 entretiens téléphoniques.

Les rendez-vous en MDS sont donc très répandus, de même que les visites à domicile, mais elles ne sont pas mentionnées dans la totalité des situations.

Des **intervenants extérieurs** à l'équipe d'évaluation ont été sollicités dans 25 situations à évaluer sur 30, soit 83,3% des cas, soit par liaisons téléphoniques, soit par rencontre. Il s'agit de professionnels gravitant autour de l'enfant.

Des **rencontres** avec les intervenants extérieurs ont eu lieu dans 8 situations sur 30, soit 26,7%, principalement avec le secteur de l'éducation nationale ou de l'accueil de la petite enfance dans 6 situations, soit 20% et représenté par l'école (Maitre, professeur et directeur d'établissement) et la crèche. Le secteur médical (pédiatre hospitalier, néonatalogiste) est ensuite sollicité dans 2 situations (6,7%), et le commissariat dans une situation à évaluer pour une famille connue des forces de l'ordre (3,3%).

Les **liaisons téléphoniques** avec ces intervenants gravitant autour de l'enfant sont fréquentes, dans 23 situations à évaluer sur 30 soit 76,7% des cas. Plusieurs intervenants, y compris d'un même secteur peuvent intervenir sur une même évaluation.

Le secteur social est présent dans 12 situations soit 40% (service social sans précision, service social de la CPAM (Caisse primaire d'assurance Maladie), services social hospitalier et prévention sociale).

Le secteur médico-socio-éducatif intervient dans les mêmes proportions, soit 40% des missions à évaluer (CMP, éducateur spécialisé en foyer, CAMSP, équipe AEA (Action Educative Administrative), TISF, ITEP, Mission locale, conseillère conjugale, MDA).

Nous retrouvons également le secteur médical dans 9 situations sur 30, soit 30% (addictologue, psychiatre hospitalier, maternité, pédiatre hospitalier, psychologue).

Puis vient l'éducation nationale et les établissements d'accueil de la petite enfance dans 30% des cas également (école, crèche).

Dans une situation est intervenu un avocat en charge du dossier de la famille.

Un **avis médical spécialisé** par un professionnel ne connaissant pas la famille a été sollicité dans 2 situations à évaluer sur 30, soit 6,7% des cas, sous forme de rencontres, avec un médecin de PMI dans une situation et avec un psychologue de PMI dans une situation.

Cela va dans le sens du décret qui prône l'ouverture à la pluridisciplinarité.

La notion d'un **entretien avec le mineur** est mentionnée dans l'évaluation dans 22 cas, soit 73,3%.

A la lecture des rapports, la « relation parent enfant » est estimée comme étant « adaptée » dans 14 cas, soit 46,7%, et non adapté dans 11 cas soit 36,7%. Les rapports étant majoritairement descriptifs, nous nous sommes basés sur la perception d'une réponse aux besoins de l'enfant afin de décrire la relation comme « adaptée ». Il n'est pas fait mention d'élément se rapportant à la relation parents-enfants dans 5 dossiers.

Les données de santé de l'enfant (physiologiques ou pathologiques) sont évoquées dans 90% des cas, soit 27 situations à évaluer sur 30.

Les autres mineurs présents au domicile et non ciblés initialement par l'IP ont été inclus dans l'évaluation dans 92,3% des cas soit 12 situations sur 13, à l'exception d'un mineur dont l'évaluation n'est pas évoquée dans un rapport.

7) Place de la PMI dans l'évaluation :

a) Place de la PMI dans l'évaluation en fonction de l'âge de l'enfant :

Les enfants de moins de 6 ans représentent 17 mineurs sur 30 soit 56,7% de notre population. Les plus de 6 ans ont un effectif de 13 sur 30 soit 43,3%. Le recours à la PMI a eu lieu dans 15 cas sur 30 soit 50%.

Parmi les enfants de moins de 6 ans le recours à la PMI est effectif dans 80 % des cas (12/15) avec une valeur **p** significative égale à 0,025 selon le test de Chi2 par correction de Fisher (Odds Ratio : 7.3752 avec un Intervalle de confiance à 95% [1.2196 ; 60.9902]). Mais la PMI est également intervenue dans 3 cas sur 15 chez des mineurs de plus de 6 ans soit 20%.

Tableau 8 : Place de la PMI dans l'évaluation en fonction de l'âge de l'enfant (N=30).

	Intervention de la PMI	Total
Age < 6 ans	12	17
Age > 6ans	3	13
Total	15	30

On constate une implication de la PMI dans les évaluations concernant des enfants de moins de 6 ans.

b) Place de la PMI dans l'évaluation en fonction de la présence d'un problème de santé chez l'enfant quel que soit l'âge :

L'existence d'un contexte médical chez l'enfant (troubles neurodéveloppementaux, pathologies somatiques chroniques, prématurité) est retrouvée dans 11 situations sur 30, soit 36,7% et nous relevons la présence d'un des professionnels de PMI dans 15 évaluations sur 30 soit 50%.

Parmi les IP présentant un contexte médical concernant l'enfant, les professionnels de PMI interviennent dans 3 cas sur 11 soit 27,2%.

Tableau 9 : Place de la PMI en fonction de l'existence d'un problème de santé chez l'enfant (N=30).

	Implications de la PMI	Total
Existence d'une pathologie	3	11
Absence de pathologie	12	19
Total	15	30

La valeur p (p-value) de notre test est 0.128 selon le test Chi2 par correction de Fischer, soit non significatif (Odds Ratio : 0.2309 avec un Intervalle de confiance à 95% [0.0293 ; 1.3773]). **Nous remarquons donc que la PMI n'est pas forcément sollicitée pour l'évaluation en présence d'un contexte médical.**

c) Lien avec un intervenant médical et médico-socio-éducatif en fonction de l'existence d'un contexte médical chez les parents et les enfants :

Nous avons relevé l'existence d'un contexte médical familial dans 24 situations sur 30 soit 80%.

Sur les 24 IP présentant un contexte médical, des intervenants médicaux ou médico-socio-éducatif ont été présent dans 13 cas soit 54,2 %. Le petit p est non significatif car égal à 1 selon le test de Chi2 par correction de Fischer (Odds Ratio : 1.1752 avec Intervalle de confiance à 95% [0.1297 ; 10.6711]).

Tableau 10 : Lien avec les intervenants médicaux et médico-socio-éducatifs en fonction de l'existence d'un contexte médical dans l'IP (N=30).

	Contexte médical	Absence de contexte médical	Total
Sollicitation d'intervenant	13	3	16
Pas d'intervenant sollicité	11	3	14
Total	24	6	30

Même si la PMI n'intervient pas sur chaque situation avec une problématique médicale, des intervenants médicaux extérieurs peuvent être sollicités pendant l'évaluation.

8) Décision à l'issue de l'évaluation :

La décision à l'issue de l'évaluation est prise par l'inspecteur enfance famille.

Des classements sans suite ont été décidés dans 12 situations sur 30, soit 40%. Ils sont néanmoins accompagnés d'une préconisation de suivi médico-social dans 6 IP.

Des mesures administratives ont été décidées dans 4 IP sur 30 soit 13,3% avec proposition de mise en place d'une action éducative administrative (AEA).

Enfin un signalement a été décidé dans 14 situations sur 30 soit 46,7% avec :

- Sept propositions d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) ;
- Une proposition AEMO + aide à la gestion du budget familial (AGBF) ;
- Deux propositions de mesures judiciaires d'investigation éducative (MJIE) ;
- Une ordonnance de placement provisoire (OPP) suivie d'un placement ;
- Une proposition AEMO + MJIE ;
- Deux signalements sans précision.

Nous remarquons que malgré le principe de subsidiarité les décisions judiciaires sont majoritaires.

La conclusion est la même pour tous les mineurs évalués vivant au domicile.

Dans la grande majorité des cas, 29 situations sur 30, les préconisations de l'équipe en charge de l'évaluation ont été suivies par l'IEF.

Les préconisations de l'équipe en charge de l'évaluation sont argumentées dans la conclusion des rapports d'évaluation, les arguments pouvant être multiples. Nous retrouvons en argumentation des préconisations de classement sans suite, l'existence d'un suivi en cours du mineur ou de la famille dans 7 cas, puis la collaboration parentale aux propositions de suivi médico-social dans 6 cas, et enfin l'absence de danger dans 3 situations. Quand une mesure administrative est proposée, elle est justifiée par la collaboration parentale dans les 4 situations. Dans les préconisations de signalement, nous retrouvons comme argument principal la gravité du danger dans les 14 IP ayant donné lieu à un signalement avec le refus de la collaboration parentale dans 11 cas.

IV/ Discussion :

1) Résultat principal et implication :

Concernant les modalités d'évaluation des IP, nous remarquons des écarts entre les recommandations réglementaires et la mise en pratique.

Lors du déroulé de l'évaluation, les visites à domicile ne sont pas réalisées dans la totalité des situations, bien que demandées dans le décret. Cela reste cependant fait dans une grande partie des situations.

Le respect de la pluridisciplinarité des équipes d'évaluation, bien que répandue dans la grande majorité des situations, n'est pas toujours respecté, avec des binômes de professionnels du même secteur, ou des évaluations réalisées par un professionnel unique. Le secteur social prédomine largement, même en cas de problématique médicale.

La durée de l'évaluation n'est pas toujours respectée, avec un délai bien plus long que les 90 jours exigés dans plus de deux tiers des cas.

L'ouverture à la pluridisciplinarité se décline davantage avec le recours à des intervenants extérieurs, assez fréquent, par le biais de liaisons téléphoniques, probablement par facilité d'organisation. Il s'agit essentiellement d'intervenants suivant l'enfant, le recours à des avis spécialisés par des spécialistes extérieurs restant largement minoritaires.

Nous remarquons l'absence de référentiel commun concernant les évaluations. Aucun référentiel d'évaluation n'est mentionné dans les écrits, en ce qui concerne les éléments évalués. Même si nous retrouvons des éléments communs, l'organisation et le détail des éléments mentionnés n'est pas identique entre chaque rapport. Il peut exister des différences de pratiques entre MDS. Cela est notamment le cas concernant les CEIP qui ne sont mentionnées que dans les évaluations d'une seule MDS, mais peuvent pour autant être réalisées dans d'autres MDS. En effet le schéma départemental Enfance Famille 2016-2020 (25) mentionne une commission d'évaluation des IP, sous forme de réunion bihebdomadaire dans chaque MDS permettant de déterminer de façon pluridisciplinaire le mode de traitement des informations préoccupantes, en particulier la méthode d'évaluation et les suites à donner. L'évaluation ne précise pas le détail de la composition de la cellule, bien souvent pluridisciplinaire, ce qui ne permet pas de classer les CEIP dans les avis spécialisés demandés ou dans les liaisons avec les intervenants extérieurs suivant le mineur ou la famille.

La spécificité de la PMI du fait de son action en termes de prévention sanitaire et sociale de la mère et de l'enfant de moins de six ans, en fait un intervenant de choix pour les problématiques médicales et développementales, et notamment pour les enfants de moins de six ans. Nous avons remarqué que le recours à la PMI est effectif dans 80% des situations concernant des enfants de moins de six ans, mais peut également être sollicité pour des mineurs plus âgés. Mais la PMI est assez peu présente dans les situations présentant un contexte médical particulier. Cependant nous remarquons le recours à des intervenants extérieurs en cas de problématique médicale ou médico-socio-éducative, ce qui va dans le sens de l'ouverture à la pluridisciplinarité demandée par le décret.

2) Intérêts et limites de l'étude :

a) Limites

Il s'agit d'une étude sur un petit effectif, de 30 situations concernant 43 mineurs, car cela correspond à un territoire limité du territoire, mais dans lequel la répartition des informations entrantes émanant du secteur de la santé est superposable à la répartition départementale.

Il y a un biais d'utilisation de la base données GENESIS, notamment par rapport aux catégories de signalants, en effet elle ne comprend pas le détail de la catégorie du signalant. La plupart des

indicateurs définis dans notre étude sont absents de la base de données. Par ailleurs nous n'avons pu réaliser l'analyse des signalements, ceux-ci n'étant pas accessibles sur la base de données, de même que les retours du parquet en cas de signalements à l'issue des IP.

Les données manquantes dans les durées d'évaluation ont entraîné une surestimation de quelques jours de la durée de l'évaluation. En effet la date de réception de l'IP en MDS qui signe le début de l'évaluation n'étant pas disponible, la date de début d'évaluation est par défaut la date de réception à la CRIP. La date de qualification par la CRIP est également absente dans la plupart des IP.

b) Intérêts :

Il s'agit d'une étude originale décrivant une population n'ayant jamais été véritablement étudiée, celles des enfants faisant l'objet d'une information préoccupante.

Nous nous situons dans le cadre d'une recherche-action, en décrivant une population et des procédures afin de pouvoir les améliorer. Nous avons décrit cette population d'enfants faisant l'objet d'une IP et les procédures d'évaluation de ces IP, en mettant en évidence des disparités entre les évaluations et des inadéquations par rapport au cadre législatif.

Cette étude confirme donc le besoin d'un cadre d'évaluation de référence. En effet il ressort de l'analyse des dossiers une absence d'homogénéité des pratiques, notamment l'absence de méthode de référence, aucun outil d'évaluation n'étant cité dans les dossiers lus, ni de référence aux besoins fondamentaux.

Ceci confirme l'intérêt du projet institutionnel du département des Bouches du Rhône de mettre en place le projet d'évaluation CREAMI pour l'année 2020, afin d'harmoniser les pratiques et de replacer les besoins fondamentaux de l'enfant dans la démarche d'évaluation et de protection de l'enfant avec un outil validé scientifiquement.

L'outil développé par le CREAMI Rhône Alpes permet de structurer l'investigation par l'étude systématique de domaines d'intervention (26) (27) :

- Informations administratives,
- Contexte de vie, sur le plan socio-économique, culturel et environnemental,
- Santé et développement de l'enfant,
- Parentalité et exercice des fonctions parentales.

Pour chaque domaine une synthèse est réalisée. Les évaluateurs doivent préciser les ressources et atouts de la famille ainsi que leurs inquiétudes.

Les grands principes de la méthode du CREAM sont donc d'évaluer la perception de l'enfant et de la famille, pour estimer les ressources de la famille, l'état de santé de l'enfant, d'apprécier l'exercice de l'autorité parentale dans le but d'évaluer les capacités des parents à identifier et à répondre aux besoins de l'enfant. Les professionnels en charge de l'évaluation doivent également observer la mobilisation de la famille à l'élaboration d'une stratégie d'accompagnement.

Notre étude peut également participer à rapprocher les professionnels de santé et ceux de la protection de l'enfance dans un effort de sensibilisation. Nous rejoignons l'objet de la loi de 2016, où la santé a une place centrale, en particulier la prise en compte de la santé dans les besoins fondamentaux de l'enfant. Les éléments recueillis peuvent permettre aux professionnels de santé de mieux comprendre les tenants et les aboutissants d'une démarche d'information préoccupante afin d'améliorer leur mobilisation. Cela peut également participer au maillage territorial en identifiant des partenaires de santé référents sur le territoire, pouvant être sollicités lors des évaluations.

Dans cette volonté de remettre la santé au centre des préoccupations en protection de l'enfance, un parcours de soins coordonnés pour les mineurs confiés à l'ASE va être expérimenté dans 3 départements. L'arrêté du 3 juin 2019 (17) met en avant la volonté de prise en charge de la santé auprès des enfants protégés. L'idée est d'expérimenter un protocole de suivi, sous forme d'un réseau de soins, dans 3 départements pilotes. Il s'agira de mobiliser un réseau de professionnels formés pour répondre aux besoins de santé de cette population marquée par une vulnérabilité et un état de morbidité spécifique.

Plus les professionnels de santé seront sensibilisés dans les territoires, plus le maillage territorial sera efficient pour envisager un suivi sous forme de réseau.

V/ Conclusion :

L'enfance en danger est un problème de santé publique.

Malgré la place particulière que les professionnels de santé occupent dans le suivi des familles, le nombre d'informations préoccupantes émises par le secteur de la santé reste faible (28) (29).

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, en invitant à mobiliser les professionnels de santé et à harmoniser les évaluations des situations de danger notamment par le biais d'une méthode centrée sur les besoins fondamentaux de l'enfant et son développement. L'esprit de la loi et de la démarche de consensus visent en effet à replacer la santé au centre des préoccupations concernant l'enfance en danger.

L'enquête descriptive que nous avons réalisée a vocation à sensibiliser les professionnels de santé au repérage et aux suites données lorsqu'ils transmettent une IP, à sensibiliser les équipes en charge des évaluations sur la place de la santé dans certaines situations, nécessitant un regard particulier, celui de la PMI et des partenaires de santé des territoires, et à justifier l'importance d'un cadre d'évaluation basé sur un outil commun.

Nous avons décrit dans cette étude la population concernée par ces mesures d'informations préoccupantes émises par les professionnels de santé sur notre territoire d'étude, population qui présente une vulnérabilité particulière comme en témoignent les nombreux facteurs de risque de vulnérabilité mis en évidence, ainsi que l'existence d'un suivi médico-social antérieur. Nous avons également remarqué la fréquence d'un contexte médical particulier au sein de ces familles.

L'existence de ce contexte médical entraîne la sollicitation de professionnels qualifiés, dans l'esprit de l'ouverture à la pluridisciplinarité, les professionnels sollicités étant principalement ceux suivant l'enfant. Le recours à la PMI, acteur de choix sur le plan sanitaire et social de la mère et du petit enfant, est effectif dans les situations concernant les mineurs de moins de six ans, cependant elle n'est que peu sollicitée en cas de problématique médicale.

Notre étude est originale, et vise à rassembler le milieu de la santé et celui de la protection de l'enfance, afin de recréer des liens entre professionnels, dans l'intérêt de l'enfant et dans l'esprit de la loi de protection de l'enfant de 2016. Bien que cette loi vise à harmoniser les pratiques en termes d'évaluation des IP, nous avons mis en évidence les nombreuses disparités dans les procédures d'évaluations et les écarts par rapport aux textes législatifs. Ceci confirme le besoin d'homogénéisation des pratiques à laquelle la collectivité a été sensibilisé.

L'outil CREAMI, reconnu scientifiquement par l'ONPE est en cours de déploiement en France et va être mis en place sur le département, afin de disposer d'un référentiel commun lors des évaluations.

Annexe 2 : Projet de recherche et Avis du Comité d'éthique de l'université Aix Marseille

PROJET DE RECHERCHE



DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ d'Ethique AMU :
DEVENIR DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES EMISES PAR LES
PROFESSIONNELS DE LA SANTE : ENQUETE DE PRATIQUE DESCRIPTIVE AU SEIN
DU POLE ENFANCE FAMILLE AIX EN PROVENCE

1 - INFORMATIONS GENERALES

1.1 - PROMOTEUR (SI NECESSAIRE):

A Marseille le
Signature du promoteur

Directeur Scientifique

1.2 - INVESTIGATEURS**

1.2.1 - INVESTIGATEUR PRINCIPAL COORDONATEUR

Nom, prénom :	EINAUDI Marie-Ange	Signature :
Grade et qualité :	Médecin référent protection de l'enfance	
Etablissement	DPMIS, DGAS, CD13	
Adresse :	4 quai d'Arenc, 13004 Marseille	
Tél. :	04 13 31 71 62	
Fax :		
E-mail :	Marieange.einaudi@departement13.fr	

1.2.2 - AUTRES INVESTIGATEURS* ET COLLABORATEURS SCIENTIFIQUES

<i>Nom, prénom Signature</i>	Titres et fonction	Lieu(x) de la Recherche et n° d'autorisation si besoin
LEBRETON Laura	Interne Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille	

1- DESCRIPTION GENERALE DE LA RECHERCHE (1 PAGE) :

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 a réformé le domaine de la protection de l'enfance (PE) en introduisant les termes d'enfance en danger et d'information préoccupante (IP), et a aussi donné lieu à la création dans chaque département d'une Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP). Cette loi renforce la prévention en termes de protection de l'enfance par le soutien à la parentalité, elle vise également à améliorer la détection et la protection de l'enfance.

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 promeut le repérage des enfants en danger, notamment par les professionnels de santé qui ne réalisent que 6% des IP selon les chiffres 2016 de l'ODPE, l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance, malgré leur place d'observateur privilégié de l'enfant et de la famille. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées concernant cette faible implication des professionnels de santé, notamment un manque de formation, et d'informations, concernant les signes d'alerte laissant supposer qu'un enfant est en situation de danger ou de risque de danger. Le manque d'information peut également concerner le déroulé des procédures d'IP, leurs modalités d'évaluation et leurs éventuelles conséquences ainsi que leur place dans le champ de la protection de l'enfance. Un des freins à leur réalisation peut également être une appréhension de la rupture de la confiance et de la relation de soin avec les familles impliquées, ainsi que la crainte de représailles, tant sur le plan physique, professionnel que légal.

Nous souhaitons réaliser une évaluation des pratiques sur le plan territorial afin d'explorer les modalités d'actions des équipes en charge des évaluations des IP.

Il s'agit d'une thèse de médecine générale sous forme d'étude qualitative et portant sur les informations préoccupantes (IP) recueillies par la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes des Bouches-du-Rhône (CRIP13) et émises par les professionnels de santé, sur le pôle de l'Inspecteur Enfance Famille (IEF) d'Aix en Provence. Cette enquête de pratique rétrospective descriptive fait suite à la publication de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 dans le domaine de la protection de l'enfance.

Ayant fait un stage au sein du service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Salon de Provence, je me suis donc orientée sur le pôle IEF de référence, à savoir le pôle IEF d'Aix en Provence comme territoire d'étude.

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'évaluation des IP au regard de la situation rapportée par le professionnel de santé.

Les objectifs secondaires sont premièrement d'informer les professionnels de santé, en termes de devenir des IP, intérêt de la démarche, lien avec acteurs de la protection de l'enfance (PE), afin d'améliorer leur mobilisation et également de pouvoir comprendre le choix et les modalités d'action des équipes en charge des IP et enfin de créer des liens avec les experts de la PE.

La liste des dossiers étudiés provient de la base de données GENESIS, utilisée par le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône, qui référence toutes les IP reçues par la CRIP 13, avec l'âge et le nombre des enfants concernés par foyer, la Maison de la Solidarité (MDS) de rattachement en charge de l'évaluation et l'origine de l'IP, ainsi que la décision finale de l'inspecteur Enfance Famille.

Il s'agit donc d'étudier le contenu de rapports d'évaluation médico-sociaux réalisés par des professionnels des MDS en charge des évaluations des IP. Ces évaluations médico-sociales font suite à une IP reçue et qualifiée par la CRIP13, et dépendent sur le pôle IEF d'Aix en Provence aux MDS de Gardanne, Aix en Provence, Salon de Provence et Vitrolles. Ces rapports sont conservés au sein de ces MDS.

Les données recueillies sont anonymisées par numéro d'identification chronologique et concernent les caractéristiques de la population dont : l'âge des parents et des enfants, leur sexe, le nombre d'enfants dans la fratrie, la situation familiale, la catégorie socio-professionnelle, les facteurs de risque de vulnérabilité et le suivi médico-social antérieur.

Nous recueillons également des données concernant le profil du signalant, le motif de l'IP et son contexte médical éventuel, les modalités d'évaluation ainsi que la décision finale de l'IEF pour chaque rapport étudié.

2- SELECTION ET EXCLUSION DES PERSONNES DE LA RECHERCHE :

A. CRITERES D'INCLUSION DES PERSONNES QUI SE PRETENT A LA RECHERCHE :

Les critères d'inclusion sont les IP recueillies et qualifiées par la CRIP 13 entre le 1^{er} janvier 2017 et le 30 novembre 2017, et émises par les professionnels de santé sur le secteur du pôle IEF d'Aix en Provence, soit au total 21 dossiers. Les « professionnels de santé » concernent dans le cadre de notre étude les médecins libéraux, hospitaliers et des services de la Direction De la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé (DPMIS). Les IP émanant des médecins de l'Education Nationale ou du secteur médico-social (IME, ITEP...) n'ont pu être incluses dans notre étude car elles sont réitérées dans une autre catégorie sur GENESIS. De plus ces IP sont souvent faites en équipe avec les instituteurs ou les éducateurs et donc ne peuvent être considérées comme d'une origine strictement médicale.

B. EN CAS DE RECHERCHE BIOMEDICALE-SERONT MENTIONNES, LE CAS ECHEANT, LES MEDICAMENTS AUTRES QUE LES MEDICAMENTS EXPERIMENTAUX NECESSAIRES A LA REALISATION DE LA RECHERCHE EN PRECISANT NOTAMMENT LES MEDICAMENTS ET TRAITEMENTS AUTORISES ET INTERDITS DANS LE CADRE DU PROTOCOLE.

Sans objet

3- EFFETS INDESIRABLES

A. CRITERES PERMETTANT DE DETERMINER LE CARACTERE INATTENDU D'UNE SUSPICION D'EFFET INDESIRABLE GRAVE SOUS LA FORME D'UNE LISTE D'EFFETS INDESIRABLES PREVISIBLES OU SOUS LA FORME DE CRITERES DE FREQUENCE OU DE GRAVITE OU DE TOUT AUTRE ELEMENT PERTINENT.

Sans objet

4- STATISTIQUES :

A. DESCRIPTION DES METHODES STATISTIQUES PREVUES, Y COMPRIS DU CALENDRIER DES ANALYSES INTERMEDIAIRES PREVUES ;

Les données seront saisies sur Excel et analysées via un logiciel de statistiques analytiques. Une première étape consistera à réaliser des statistiques descriptives sur les différents items (fréquence, moyenne et écart-type). Dans un deuxième temps, des statistiques descriptives classiques seront effectuées avec l'aide d'un statisticien.

B. NOMBRE PREVU DE PERSONNES A INCLURE DANS LA RECHERCHE, AVEC SA JUSTIFICATION STATISTIQUE ;

La détermination de la durée de l'étude a été réalisée à la suite des récentes modifications législatives, et compte tenu du faible nombre d'IP réalisées par le secteur de la santé sur notre territoire. Nous avons choisi une période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 octobre 2017, permettant un délai d'au moins 6 mois entre la promulgation de la loi et le début de l'étude afin de permettre aux équipes de mettre en place les changements demandés, et correspondant à un total de 21 informations préoccupantes émises par les professionnels de santé.

C. CHOIX DES PERSONNES A INCLURE DANS LES ANALYSES.

5- DROIT D'ACCES AUX DONNEES ET DOCUMENTS SOURCE.

Le sujet a été présenté avec l'accord du chef de service de la PMI, Dr Olivier BERNARD, à la Direction Enfance famille et aux Inspecteurs Enfance Famille du CD13. La demande d'accès aux dossiers a été faite par mail auprès des directeurs des Maisons de la Solidarité et des adjoints santé des PMI, ainsi que de l'inspectrice enfance famille du pôle d'Aix en Provence. La liste des dossiers étudiés a été extraite de la base de données GENESIS du CD 13 par le chef du service des prestations et de la coordination informatique de la DGAS – Direction Enfance-Famille.

6- CONTROLE ET ASSURANCE DE LA QUALITE.

7- CONSIDERATIONS ETHIQUES.

A. CONSENTEMENT

Le recueil de consentement n'est pas requis dans cette étude rétrospective descriptive portant sur le contenu d'évaluations médico-sociales.

ANONYMAT DES DONNEES

Le recueil et l'archivage des données ainsi que leur utilisation se feront dans le respect de la confidentialité. La base de données sera anonymisée et chaque dossier sera identifié par numéro d'identification chronologique.

B. INDEMNITES EN COMPENSATION DES CONTRAINTES SUBIES

Sans objet

C. CNIL

Un formulaire de déclaration auprès de la CNIL a été envoyé via le dossier déposé eu CEREES.

8- TRAITEMENT DES DONNEES ET CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DES DONNEES RELATIVES A LA RECHERCHE.

Les données recueillies seront saisies dans une base de données par l'investigateur secondaire de l'étude. La base de données sera installée sur un ordinateur dont l'accès sera contrôlé. La base de données sera anonymisée. Les dossiers étudiés seront identifiés par un numéro d'identification chronologique. Une sauvegarde externe sera réalisée après chaque session de saisie. Les données seront conservées jusqu'à publication de la thèse.

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2018-24-05-009
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le jeudi 19 juillet 2018

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal Dc EINAUDI Marie-Ange Médecin référent protection de l'enfance CD13 et l'investigateur secondaire, LEBRETON Laura interne en médecine générale à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé «DEVENIR DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES EMISES PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE : ENQUETE DE PRATIQUE DESCRIPTIVE AU SEIN DU POLE ENFANCE FAMILLE AIX EN PROVENCE.» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 24 mai 2018.

Après audition des rapporteurs le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller



Bibliographie

1. 341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/341-000-mesures-d-aide-sociale-a-l-enfance-en-cours-fin-2017>
2. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/base_documentaire/guide_cellule_depart_pe.pdf
3. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance | Legifrance [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
4. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant | Legifrance [Internet]. 2017 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
5. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-3 | Legifrance [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796426>
6. Décret n° 2016-1284 du 29 septembre 2016 pris en application de l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif aux missions, à la composition et aux modalités de fonctionnement du Conseil national de la protection de l'enfance | Legifrance [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033166541&categorieLien=id>
7. Décret n° 2017-96 du 27 janvier 2017 modifiant la composition du Conseil national de la protection de l'enfance | Legifrance [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033935706&categorieLien=id>

8. Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels | Legifrance [Internet]. [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/28/FDFA1620933D/jo/texte>
9. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 28 février 2017
10. Premier rapport annuel d'activité du CNPE | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE. Consulté le 7 novembre 2019. <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/premier-rapport-annuel-dactivite-cnpe>.
11. Corbet E, Robin P, Grégoire P. L'évaluation participative des situations familiales. Dunod. Paris; 2012. (Enfances). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/evaluation-participative-situations-familiales>
12. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du Comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. [Internet]. [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=15950
13. Suivi du Schéma Départemental Enfance Famille 2016-2020, OPDE 31 mai 3018
14. Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/7/FDFA1620802D/jo/texte>
15. Que prévoit le plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/que-prevoit-le-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-418717>

16. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2020-2022>
17. Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés | Legifrance [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038625874&categorieLien=id>
18. La procédure du recueil et du traitement des informations préoccupantes des Bouches du Rhône et analyse de la nouvelle organisation, Direction Enfance Famille, ODPE du 6 octobre 2016
19. N° 2110 - Rapport d'information de Mme Perrine Goulet fait au nom de la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2110.asp#P390_81053
20. Einaudi, Marie-Ange. « Enfance en danger : nouveautés en protection de l'enfance et rôle des médecins ». In Pédiatrie Ambulatoire, 2ème édition, DOIN. Progrès en pédiatrie Chapitre 42, p 494-502 , 2019. Coordonné par V Desvignes et E Martin-Lebrun.Doin.2019
21. Einaudi, Marie-Ange. « Les professionnels de santé des Bouches-du-Rhône et le recueil et le traitement des informations préoccupantes », mars 2017, DPMISP, DGAS, Conseil départemental des Bouches du Rhône.
22. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
23. Samson, B, C Cornut, C Jousselme, G Picherot, et N Vabres. « Maltraitance envers les enfants et les adolescents ». EM-Consulte. Consulté le 20 octobre 2019. <https://www.em-consulte.com/article/1102003/maltraitance-envers-les-enfants-et-les-adolescents>
24. <https://biostatgv.sentiweb.fr>
25. Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône. Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de l'enfance et de la famille 2016-2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/ConseilGeneral/SchemaDepartementaux/Document/Schema-enfance-famille_2016-2020_01.pdf

26. Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance : quelles démarches ? quelles méthodes ? | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/publications/referentiels-pour-evaluer-en-protection-lenfance-queelles-demarches-queelles-methodes>
27. [2 MAI 2019] Conférence | ESOPPE : Le référentiel d'évaluation au regard des enjeux de la stratégie nationale de protection de l'enfance - CREAMI [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.creami-ara.org/2019/05/20/2-mai-2019-conference-esoppe-le-referentiel-devaluation-au-regard-des-enjeux-de-la-strategie-nationale-de-protection-de-lenfance/>
28. Simeon S. « Situations d'enfant en danger : connaissances et pratiques des médecins généralistes et pédiatres libéraux de la région PACA ». Archives de pédiatrie, 2017
29. Salvagiot M. « Les pédopsychiatres et la transmission d'informations dans le cadre de l'enfance en danger : entre cadre réglementaire et pratiques, quels enjeux éthiques ? » Aix Marseille Université, 2019.

Liste des abréviations :

AEA :	Action Educative Administrative
AEMO :	Action Educative en Milieu Ouvert
APERS :	Association de Prévention et de Réinsertion Sociale
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
AVS :	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMPS :	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CD13 :	Conseil départemental des Bouches-du-Rhône
CEIP :	Commission d'évaluation des Informations Préoccupantes
CHRS :	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CNPE :	Conseil national de la protection de l'enfance
CPAM :	Caisse primaire d'assurance Maladie
CREAI :	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRIP 13 :	Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes des Bouches-du-Rhône
CSP :	Catégorie socio-professionnelle
DEF :	Direction Enfance Famille
DGAS :	Direction Générale Adjointe de la Solidarité
DPMISP :	Direction de la Protection Maternelle Infantile et de la Santé Publique
IEF :	Inspecteur Enfance Famille
IP :	Information Préoccupante
ITEP :	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MDA :	Maison des Adolescents
MDS :	Maison de la Solidarité
MJIE :	Mesure Judiciaire d'investigation éducative
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
ODPE :	Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
ONED :	Observatoire National de l'enfance en danger
RASED :	Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
SEGPA :	Sections d'enseignement général et professionnel adapté
SNATED :	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
TISF :	Technicien de l'intervention sociale et familiale
ULIS :	Unités localisées pour l'inclusion scolaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

