



HAL
open science

Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA

Sophia Simeon

► **To cite this version:**

Sophia Simeon. Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02615219

HAL Id: dumas-02615219

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615219v1>

Submitted on 22 May 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.

**Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux
pédiatres de la région PACA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Juin 2018

Par Madame Sophia SIMEON

Née le 7 août 1989 à Paris 12eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PÉDIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur CHABROL Brigitte

Président

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe

Assesseur

Madame le Docteur BOSDURE Emmanuelle

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre

Assesseur

**Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux
pédiatres de la région PACA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Juin 2018

Par Madame Sophia SIMEON

Née le 7 août 1989 à Paris 12eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PÉDIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur CHABROL Brigitte

Président

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe

Assesseur

Madame le Docteur BOSDURE Emmanuelle

Directeur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) FABRE Alexandre

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

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

MM 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
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
SARLES Jean-Claude
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)

EMERITAT

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	RUFO 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	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

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

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

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

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

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)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-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 MEDICALE
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)

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)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
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)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
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)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

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)
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)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (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)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
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)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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 INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-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)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
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 Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

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)
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 INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; 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)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; 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)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-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)

PEDOPSYCHIATRIE; 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)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

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

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)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE 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)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**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)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

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

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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 (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Remerciements

Aux membres du jury,

À Mme le Professeur Brigitte Chabrol,

C'est dans votre service que j'ai commencé la pédiatrie, et que j'ai commencé à m'intéresser au thème de la protection de l'enfance.

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider mon jury,

Veillez accepter mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

À M. le Professeur Jean Christophe Dubus,

Vous m'avez supervisée lors de plusieurs travaux au cours de mon internat. J'ai également apprécié mon stage dans le service de pédiatrie générale de La Timone et au CRCM. Aujourd'hui vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Je vous remercie pour tout cela, et également pour votre gentillesse et disponibilité envers les internes.

À Mme le Docteur Emmanuelle Bosdure,

Finalement... Je l'aurai écrite cette thèse, depuis ce mois de mars 2015 où je t'avais rencontrée et demandé un sujet ! Merci de m'avoir soutenue là-dedans, de m'avoir encadrée dans mon travail, malgré le temps que ça a pris, et je sais que le tien est précieux. Avec tes multiples casquettes, tu fais partie de ces « piliers » que l'on rencontre forcément en passant à la Timone ; malgré toutes ces sollicitations, tu as toujours les mots justes et du temps à accorder à chacun. Pour tout cela, ton implication quotidienne, le modèle que tu incarnes, ton tact, ta gentillesse, ton calme en toutes circonstances, je te remercie.

À M. le Docteur Alexandre Fabre,

Je te remercie d'être présent ce soir pour juger mon travail de thèse, même si ce n'est pas forcément ton domaine. J'ai cru comprendre que cela n'était pas un problème, au contraire, et je suis sûre que tu trouveras l'anecdote adéquate. Je trouve ici à nouveau l'occasion de te remercier pour ton aide et ta disponibilité lors de l'écriture de mon mémoire de DES. Je finirai par une petite tautologie, car ce soir pour moi, « la fin [des études] n'a jamais été aussi proche ».

A celles qui ont permis la réalisation de ce travail :

- *Dr Violaine Bresson* : Merci de m'avoir encadrée dans ce travail, de m'avoir accordé du temps, et de m'avoir conseillée tout au long de ce (long) parcours qui m'a mené à cet article. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.
- *Dr Sophie Tardieu* : Merci d'avoir accepté de m'aider dans ce travail. Plus particulièrement, je te remercie pour ton soutien ta disponibilité, et ta sympathie, dans les moments difficiles et de doutes que j'ai pu traverser ces derniers mois !

A tout ceux qui ont participé à l'envoi du questionnaire :

J'adresse mes plus vifs remerciements au Dr Paula Battaglini (les Pédiatres du Garlaban) et au Dr Sébastien Adnot (URPS PACA), qui ont subi mes sollicitations répétées ces derniers mois, mais grâce à qui en grande partie, ce travail a pu voir le jour.

Merci également aux Dr Nicolas Gayraud, Dr Eve Gillet-Caret, Dr Marc Guillaume, Dr Elisabeth Martin-Lebrun, Dr Sonia Renvoisé, Dr Clémence Romary, d'avoir également permis la diffusion de mon questionnaire.

Plus particulièrement un grand Merci au Dr Christian Lhéritier ; merci pour ton implication et ton aide via ton réseau de MG, et l'intérêt que tu as porté à mon travail ! Nous nous croiserons sûrement cet été sur les plages de la pointe rouge (si si, cette voile au fond... Ce sera moi !)

Puis à tous ceux qui ont participé, de près ou de loin, directement ou indirectement, à tout ce long et interminable parcours que furent mes études !

Table des matières

Couverture	1
Résumé	2
1. Introduction	4
2. Matériel et Méthodes	5
2.1. Schéma et population	5
2.2. Recueil des données	5
2.3. Analyse statistique	7
3. Résultats	7
3.1. Analyse de l'échantillon interrogé	7
3.2. Résultats de l'enquête	8
3.2.1. Connaissances théoriques	8
3.2.2. Attitudes pratiques	9
3.2.3. Cas cliniques	11
3.2.4. Facteurs de risque de maltraitance	12
4. Discussion	12
5. Conclusion	19
6. Déclaration d'intérêts	19
7. Bibliographie	19
8. Annexes	22
Glossaire	26
Questionnaire soumis pour l'étude et sa correction	

Version originale soumise aux Archives de Pédiatrie

Serment d'Hippocrate

Situations d'enfants en danger : connaissances et pratiques des médecins généralistes et pédiatres libéraux de la région PACA

SIMEON, S¹, BRESSON, V², DUBUS, J-C¹, CHABROL, B¹, TARDIEU, S³ BOSDURE, E¹

¹ Service de spécialités pédiatriques et médecine infantile, CHU Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

² Urgences pédiatriques, CHU Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

³ Service d'évaluation médicale, Pôle Santé publique, CHU Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

Auteur correspondant : simeon.sophia@gmail.com

Résumé

Contexte : Le système de protection de l'enfance a été réformé récemment par la loi du 5 mars 2007. On ne parle plus d'« enfant maltraité », mais d'un enfant « en danger », terme qui désigne les enfants victimes de mauvais traitements, et ceux qui risquent de l'être. Parallèlement à cette définition, la loi a confié au conseil départemental la gestion des informations préoccupantes, qu'il réalise à travers les CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes). Les médecins font partie des professions susceptibles de rencontrer ces enfants en première ligne, particulièrement les médecins généralistes (MG) et les pédiatres.

Objectif : Etudier les connaissances et les pratiques des MG et des pédiatres libéraux face aux situations d'enfants en danger.

Méthodes : Une enquête épidémiologique descriptive a été réalisée de décembre 2017 à mars 2018 auprès des MG et pédiatres libéraux de la région PACA (hors 06), à l'aide d'un questionnaire en ligne. Celui-ci évaluait les connaissances théoriques et pratiques. Il y avait également 3 cas cliniques afin de valider ces évaluations. Trois scores ont été calculés : un score de connaissances théoriques, un score de pratiques et un score de connaissances de facteurs de risques.

Résultats : 236 questionnaires ont été analysés, parmi lesquels 60 complétés par des pédiatres (25,4%). Le score de connaissances théoriques était en moyenne de $59 \pm 16,6 / 100$, et le score de pratiques (cas cliniques) en moyenne de $27,9 \pm 11,1 / 50$. Les moyennes pour les deux scores étaient significativement plus élevées chez les médecins « formés » et les pédiatres. Il existait une corrélation entre ces 2 scores ; le fait d'avoir un bon score théorique était associé avec le fait d'avoir un bon score de pratiques, et inversement. Les modes et moyens de transmission d'une IP

ou d'un signalement judiciaire étaient globalement mal connus : 51 médecins (21,6%) connaissaient le destinataire de l'IP, et 58 (24,6%) savaient comment contacter la CRIP ; 12 (5,1%) savaient qu'un signalement judiciaire s'envoyait conjointement au Procureur de la République et à la CRIP, 144 (61%) citaient le procureur seul ; et 49 personnes (20,8%) ne savaient pas comment transmettre un signalement judiciaire. Cent trente médecins (55,1%) avaient déjà été confrontés à une situation d'enfant en danger ; 106 (44,9%) n'avaient jamais expérimenté cette situation. Pour ces deux groupes de médecins, le premier recours dans ces situations était l'hôpital (respectivement 65, 50% et 62, 60,4%) et le principal frein pour saisir les services sociaux était l'incertitude du diagnostic (43, 40,6% et 70, 73,7%). Tous les médecins souhaitaient une meilleure formation sur le sujet.

Conclusion : Les connaissances des médecins sur la prise en charge des enfants « en danger » étaient médiocres. Notre étude montre que celles-ci pourraient être améliorées par des formations spécifiques. L'hôpital était identifié comme la principale ressource face à ces situations, au détriment de la CRIP, qui a pourtant un rôle de conseil et d'information.

Mots clés : Maltraitance, enfant en danger, protection de l'enfance, information préoccupante

1. Introduction

Le terme « enfant en danger » désigne tout enfant victime de maltraitance, ou à risque de l'être. La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance a mis en avant ce terme, et clarifie pour les intervenants de première ligne, les démarches nécessaires à accomplir face à ces situations, ainsi que leurs interlocuteurs (1).

Le nombre de mineurs suivis par les services de protection de l'enfance était de près de 300 000 enfants en décembre 2016, chiffre en constante augmentation depuis 2007 (2). Dans notre pays, 88% des enfants de moins de 16 ans sont suivis uniquement par des médecins généralistes (MG) (3), et ce chiffre pourrait bien augmenter en lien avec la baisse du nombre de pédiatres libéraux (4). Tout médecin risque d'être confronté un jour à une situation d'enfant en danger.

Sur le plan national, on constate que les médecins « signalent peu ». En France seulement 5% des signalements au procureur de la République émanent de médecins (5), et en 2015 dans le département de la Manche, seules 9 Informations Préoccupantes (IP) ont été transmises au Conseil Départemental par des médecins libéraux (6). Les freins qui limitent ces professionnels apparaissent nombreux: manque de connaissances concernant le diagnostic et les démarches à entreprendre, peur de « signaler à tort », manque de temps, banalisation de symptômes de maltraitance, attribués à des accidents banals d'enfants, et bien d'autres (7) (8) (9).

L'objectif de cette étude était d'analyser les connaissances et les pratiques des MG et des pédiatres libéraux de notre région face à des situations d'enfants en danger. Les objectifs secondaires étaient de repérer les difficultés des médecins face à ces situations, et d'identifier leurs besoins en termes de formation sur le sujet.

2. Matériel et méthodes

2.1. Schéma et population

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, prospective, descriptive, qui a eu lieu de décembre 2017 à mars 2018. Elle a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme en ligne, diffusé par email, auprès des MG et pédiatres libéraux de la région PACA (hors Alpes Maritimes – 06). Les médecins (MG ou pédiatres) non thésés ou n'ayant pas terminé leur formation initiale ont été exclus, ainsi que les médecins exerçant exclusivement à l'hôpital ou en PMI (Protection Maternelle et Infantile). Les questionnaires ont été envoyés de façon groupée grâce aux listes de diffusion de différentes associations ou syndicats de médecins et directement par ceux-ci. Un même médecin pouvant appartenir à plusieurs listes de diffusion, nous ne pouvons exclure l'existence de « doublons ».

Une déclaration normale avait été déposée auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), enregistrée sous le numéro 2149400v0.

2.2. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'un questionnaire standardisé, accessible en ligne, à l'aide du site « Google Forms ». Trois relances ont été effectuées pendant l'étude. Le questionnaire était composé de 53 questions (50 QCM et 3 questions ouvertes), accessibles ou non selon un chemin prédéfini (questions ou groupe de questions accessibles selon la réponse à la question précédente). Il avait été testé auprès d'un échantillon de 10 médecins généralistes et 3 pédiatres.

Le questionnaire s'articulait en 5 parties. La première partie collectait des données démographiques : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, ancienneté d'installation, spécialité (MG ou pédiatrie) et formations reçues sur le sujet de la protection de l'enfance. La deuxième partie était une série de questions théoriques (QCM), ayant pour but d'évaluer les connaissances théoriques du médecin au sujet de la protection de l'enfance (définitions, notion d'IP et de signalement, interlocuteurs et destinataires des différentes notifications). La troisième partie évaluait l'expérience et la pratique du médecin face à des situations d'enfants en danger : recours, freins à mettre en place des mesures de protection. Il y avait deux parties distinctes, accessibles selon si le médecin avait ou non déjà rencontré une telle situation. En quatrième partie étaient présentées 3 situations cliniques, avec chacune 1 à 2 questions type QCM, afin d'étayer l'évaluation théorique des connaissances. Le cas clinique n°1 consistait en un repérage d'un enfant à risque et le choix des mesures d'aides à mettre en place ; le cas clinique n° 2 était un diagnostic de « syndrome du bébé secoué », nécessitant un transfert médicalisé urgent ; enfin le 3^{ème} cas clinique était un cas de maltraitance physique, dans un contexte de violences conjugales. La dernière partie du questionnaire était une série de questions, aussi sous forme de QCM, permettant d'évaluer la connaissance des facteurs de risque de maltraitance, concernant son environnement, sa famille, et ses caractéristiques propres.

Les réponses aux questions de type QCM dans les parties n°2 (connaissances théoriques), n°4 (cas cliniques) et n°5 (connaissances des facteurs de risque) avaient été pondérées ; certaines réponses étaient associées à des points négatifs, si la proposition cochée correspondait à une attitude délétère pour l'enfant. Ce système a donné lieu au calcul d'un score de connaissances théoriques (sur 100 points), un score d'attitudes pratiques (cas cliniques, sur 50 points) et un

score sur la connaissance des facteurs de risques (sur 50 points). Le questionnaire et le barème de correction utilisés sont disponibles en annexe.

2.3. Analyse statistique

L'analyse a consisté en une analyse descriptive des résultats obtenus pour chaque question du questionnaire (profil, connaissances et expérience) ainsi qu'au sein de chaque cas clinique et d'un calcul de scores pour les parties du questionnaire concernées. Elle a été conduite sous SPSS (version 20). Les fréquences en nombre et en pourcentage ont été déterminées pour l'ensemble des critères évalués. Le pourcentage présenté est la fréquence des réponses pour lesquels le critère était valide c'est-à-dire renseigné et applicable. Des tests statistiques ont été utilisés lors des croisements des différentes variables entre elles. Les résultats ont été comparés selon le profil du praticien (MG/pédiatre), le lieu d'exercice, l'expérience des praticiens (selon leur durée d'exercice), le fait d'avoir reçu une formation sur le sujet et d'avoir déjà rencontré ou pas un enfant en danger. Pour les variables qualitatives, le test du Chi² de Pearson a été utilisé pour les échantillons de taille suffisante. Pour les variables quantitatives, si celles-ci suivaient une loi normale, le test t de Student a été employé et le test de Mann et Whitney-Wilcoxon si la loi normale ne s'appliquait pas. Le seuil de significativité pour tous les tests était fixé de 5%. Seules les différences significatives jugées intéressantes sont rapportées.

3. Résultats

3.1. Analyse de l'échantillon interrogé

Sur les 2090 questionnaires envoyés, nous avons recueilli un total de 253 réponses dont 236 analysables (*Figure 1*). Parmi celles-ci, seules 141 étaient exploitables pour les cas cliniques. Les données concernant la population des médecins répondants sont présentées dans le *Tableau 1*. Cent soixante médecins (67,8%) étaient des femmes et la répartition était la même chez les MG et les pédiatres ($p>0,05$). L'âge moyen de la population était de 43 ± 13 ans. Dix-huit médecins (7,6%) avaient une activité de remplacement exclusive. Concernant les MG, la majorité d'entre eux recevaient plus de 3 enfants par jour ($n= 132$ soit 75% des MG), voire plus de 6 par jour ($n=44$, 25%). Quarante-cinq pour cent des médecins de l'étude ($n=106$) déclaraient avoir déjà été formés au sujet de l'enfance en danger ; la plupart au cours de congrès/EPU (Enseignement Post Universitaire) ($n=61$ soit 25,8%). Les pédiatres déclaraient plus souvent avoir été formés que les MG ($n=49$, 81,7% VS $n=57$, 32,4%, $p< 0.001$).

3.2. Résultats de l'enquête

3.2.1. Connaissances théoriques

Le score obtenu par les médecins de l'étude à cette série de questions était en moyenne de $59 \pm 16,5 / 100$. Les 2 groupes de médecins qui obtenaient un score significativement plus élevé étaient les pédiatres (score moyen 69,8/100 VS 55,3/100, $p<0,001$) et les médecins ayant déclaré avoir reçu une formation sur le sujet (score moyen 66/100 VS 53/100, $p<0,001$). Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence en lien avec les différents groupes d'âge, l'ancienneté d'installation, ni le type d'exercice (en groupe VS isolé).

Dix-huit médecins (7,6%) donnaient la définition exacte de l'enfant à risque de maltraitance. La majorité ($n= 221$, 93,6%) savait qu'une situation d'enfant en risque de danger relevait d'une IP. Onze pour cent ($n= 27$) ne connaissaient pas la dérogation légale au secret

médical s'appliquant à une situation d'enfant en danger. Concernant l'IP, 53 médecins (22,5%) citaient correctement son contenu, et 45 (19%) pensaient qu'il ne devait y figurer que des éléments médicaux. Elle était correctement adressée au conseil départemental (CRIP, Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) par 51 médecins (21,6%) ; 48 (20,3%) ne savaient pas à qui envoyer une IP, 35 (14,8%) l'adressaient au procureur de la République, 18 (7,6%) à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) et 17 (7,2%) à la PMI. Lorsqu'on leur demandait comment contacter la CRIP, 58 médecins (24,6%) citaient tous les moyens possibles (téléphone, email, fax, courrier), et 34 (14,4%) utilisaient seulement des moyens écrits ; 41 (17,4%) ne savaient pas par quel moyen transmettre leur IP. Sept médecins (3%) connaissaient la composition de la CRIP, en termes de personnel et 111 (47%) savaient qu'un médecin y était nommé.

Face à une forte suspicion de maltraitance, 142 médecins (60,1%) réalisaient un signalement, et 160 (67,8%) adressaient cet enfant à l'hôpital ; 46 (19,5%) proposaient les 2. Les points ont été accordés en totalité aux médecins adressant leur signalement par écrit (email, fax ou courrier) avec simultanément un appel téléphonique ; ce qui correspondait à 32,6% de nos médecins (n=77) ; 84 médecins (35,5%) ne téléphonaient pas, mais envoyaient un écrit par fax/email. Quarante-neuf médecins (20,8%) ne savaient pas comment adresser un signalement, et 25 (10,6%) ne savaient pas à qui. Douze médecins (5,1%) savaient que le signalement judiciaire devait être adressé au procureur de la République avec une copie au conseil départemental (CRIP) ; 144 (61%) l'envoyaient au procureur seulement.

3.2.2. Attitudes pratiques

Plus de la moitié des médecins de l'étude (n=130, 55,1%) s'étaient déjà retrouvés face à une situation d'enfant en danger au cours de leur carrière, parmi lesquels un nombre plus

important de médecins âgés de 43 ans et plus (n=85, 65,4% VS n=45, 34,6%, p<0,001), de MG (n= 90, 69,2% VS n=40, 0,8%, p=0,026) et de médecins formés sur le sujet (n=67, 51,5 % VS n=63, 48,5%, p=0,016). Les principaux recours de ces médecins sont présentés dans le *Tableau 2*. La majorité (n=65, 50%) avait pris contact avec l'hôpital, dont 38 (60,3%) avec un service d'hospitalisation, 23 (36,5%) avec les urgences pédiatriques, et 2 (3,2%) avec l'équipe dédiée. Trente-sept de ces médecins (23,8%) avaient fait appel au Procureur de la République ; les autres recours (Autre structure sociale, police, numéro 119/SNATED -Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger-, l'Ordre des Médecins) étaient cités avec des fréquences inférieures à 10%. Quarante-deux médecins (63,1%) déclaraient n'avoir pas rencontré de difficultés dans leurs démarches, mais seulement 24 (18,5%) ne déclaraient aucun frein à la question suivante. Les autres (n=106, 81,5%) craignaient principalement le fait de ne pas être sûr du diagnostic (n=43 soit 40,6% d'entre eux) ; les autres freins sont présentés dans le *Tableau 3*.

Cent-six médecins (44,9%) n'avaient jamais rencontré de situation d'enfant en danger. Tous (n=106, 100%) auraient demandé un avis, dont 60,4% (n=64) citaient l'hôpital parmi leur recours privilégié ; 31 (29,2%) les urgences pédiatriques, 27 (25,5%) un service de pédiatrie, et 6 (5,7%) l'équipe mobile dédiée. Les autres recours sont présentés dans le *Tableau 2*. Le numéro 119/SNATED apparaissait également comme un recours relativement fréquent pour ces médecins (n=27, 25,5%) ; les autres (cités précédemment) n'étaient pas choisis avec une fréquence supérieure à 10%. L'élément principal pouvant constituer un frein à entreprendre des démarches envers les services sociaux pour ces médecins, auraient été le fait de ne pas être sûr du diagnostic (n=70 soit 73,7%) ; les autres freins cités par ces médecins sont présentés dans le *Tableau 3*. Onze d'entre eux (10,4%) n'en citaient aucun.

Lorsque l'on compare les comportements des médecins ayant ou non été confrontés à des situations d'enfants en danger (*Tableaux 2 et 3*), l'incertitude diagnostique était un frein significativement plus important pour les médecins « non expérimentés » ($p < 0,001$), de même que l'absence de facteurs de risques identifiés ($p < 0,001$). Le fait de ne pas connaître les démarches à accomplir freinait les médecins « non expérimentés » de façon significative par rapport à l'autre groupe ($p = 0,008$).

Quasiment tous les médecins interrogés ($n = 216$ 91,5%) étaient demandeurs d'une formation spécifique concernant la protection de l'enfance, principalement sous forme écrite (protocole régional) ($n = 119$, 55%).

3.2.3. Cas cliniques

Le score total obtenu sur les 3 cas cliniques était en moyenne de $27,9 \pm 11,1 / 50$. Les pédiatres obtenaient une moyenne significativement plus élevée que les MG ($32/50$ VS $26,7/50$, $p = 0,012$), ainsi que les médecins qui avaient déclaré avoir reçu une formation sur le sujet ($30,4/50$ VS $26,3/50$, $p = 0,028$). Les bons scores de connaissances théoriques étaient corrélés aux bons scores aux cas cliniques ($p < 0,001$). En revanche, les médecins ayant déjà rencontré une des 3 situations proposées dans les cas cliniques ne répondaient pas significativement mieux que leurs confrères.

Plus précisément à propos des réponses aux cas cliniques, 124 médecins (87,9%) orientaient la mère en difficulté (cas n°1) vers une structure de PMI ; moins d'un quart des médecins ($n = 53$, 22,5%) médicalisaient le transport du « bébé secoué » (cas n°2), tandis que 83 (58,9%) adressaient le père et son enfant à l'hôpital par leurs propres moyens. Dans le cas n°3, la

majorité des médecins (n=120, 85,1%) protégeait l'enfant en le mettant à l'abri de son père en l'adressant aux urgences.

3.2.4. Facteurs de risque de maltraitance

Le score sur cette partie du questionnaire était en moyenne de $28,5 \pm 11,5 / 50$. Le score moyen à la question concernant les facteurs de risque environnementaux était de $1,1 \pm 2,0 / 5$, $20,3 \pm 8,0 / 30$ à celle concernant les facteurs de risque familiaux, et enfin de $6,9 \pm 5,6 / 15$ concernant les facteurs de risque inhérents à enfant. Les médecins de moins de 43 ans ainsi que ceux installés depuis moins de 10 ans avaient des scores significativement plus élevés que les autres (respectivement $31,9/50$ VS $24,6/50$, $p < 0,000$ et $31,9/50$ VS $24/50$, $p < 0,001$).

4. Discussion

Au total, cette étude aura porté sur 236 questionnaires remplis par des médecins libéraux, dont 60 pédiatres. Les questionnaires étaient envoyés selon des listes détenues par les différents syndicats/associations sollicités. L'ensemble de ces listes pouvait contenir plusieurs fois l'adresse d'un même médecin ; celui-ci ne répondant à priori qu'une seule fois, nous n'avons pu calculer précisément un taux de retour sur la base d'un nombre de questionnaires envoyés. Malgré plusieurs limites, il s'agit du premier travail d'enquête réalisé directement auprès des médecins de la région PACA sur le thème de la protection de l'enfance.

On comptait en 2015 dans les départements concernés, 3994 MG ayant une activité libérale ou mixte, âgés en moyenne de 54 ans, dont 65% d'hommes (10). En considérant uniquement les médecins de moins de 40 ans, cette proportion descendait à 40% (10). Quant aux pédiatres

libéraux, ils étaient 281 en 2015 (en PACA), âgés en moyenne de 54 ans également, dont 60% de femmes (10). Notre base d'envoi n'était malheureusement pas exhaustive, cependant la proportion hommes/femmes (0,4) de l'étude était cohérente avec les chiffres officiels, considérant que notre population était plus jeune de 10 ans que la population de MG et de pédiatres de la région (moyenne d'âge de 43 ans). On peut ici accuser un biais de sélection, étant donné la méthode utilisée (questionnaire informatique), allant dans le sens d'un recrutement de médecins plus jeunes et maîtrisant l'outil informatique, et/ou peut être plus enclins à participer à ce type d'étude. De plus, les médecins répondant de façon volontaire à ce type de questionnaire, sont souvent ceux qui sont le plus intéressés par le sujet proposé. Le ratio MG/pédiatres n'était pas le même dans notre étude que dans la population générale de médecins de la région PACA ; on comptait en 2015, 1 pédiatre pour 14 MG (1 pour 3 dans notre étude) (10). La surreprésentation des pédiatres est liée à notre mode de recrutement des listings des médecins de la région : les contacts des pédiatres ont été plus faciles à obtenir que ceux des MG. On peut aussi émettre comme hypothèse de meilleure réponse que les pédiatres sont moins sollicités que leurs confrères généralistes pour ce type d'étude, et qu'ils ont pu se sentir plus concernés en tant que spécialistes de l'enfant. Un autre biais de l'étude était la valeur déclarative des informations récoltées. En effet, en répondant seuls, les médecins pouvaient donner les réponses qu'ils pensaient être attendues, et non celles correspondant à leurs pratiques réelles, ou une réponse induite par la forme même du questionnaire (QCM).

Deux enquêtes similaires ont été publiées successivement en 2016 et 2018 en Ile et Vilaine (7) (11) (soumettant un même questionnaire aux MG puis aux pédiatres libéraux de ce département). Elles mettaient en évidence, comme notre étude, une méconnaissance médicale sur ce sujet ; 70,1% des MG ignoraient ce qu'était une IP, et 77,2% son destinataire. Dans notre

étude, moins d'un quart des médecins connaissaient le destinataire de l'IP et très peu savaient qu'un signalement judiciaire s'envoyait conjointement au Procureur de la République et à la CRIP. Vingt pour cent des médecins ne savaient pas comment transmettre un signalement judiciaire. En Ile et Vilaine, 78% des pédiatres déclaraient ne pas avoir reçu de formation concernant la loi du 5 mars 2007 et l'IP. Cela renforce la cohérence externe de notre étude. En effet, en région PACA, les pédiatres se disaient « mieux formés » que les MG ; il est évident qu'ils ont bénéficié d'un enseignement complémentaire au cours de leur internat. Il semble que les MG eux, n'ont souvent reçu, au cours de leur formation initiale, qu'un seul cours concernant la maltraitance et l'enfance en danger, et axé surtout sur le syndrome de Silverman (5), sans aucune autre formation pendant leur internat. Cependant, le terme de « formation » dans notre étude était discutable, puisqu'il pouvait englober différentes modalités (EPU, formation initiale, congrès, formation personnelle continue, lectures...). Le manque de connaissances par rapport à l'enfance en danger n'est pas un problème uniquement français (12). Une étude suédoise publiée en 2017 comparait les différentes formations des pédiatres européens sur ce sujet (13); ceux-ci recevaient une formation spécifique dans 14 sur les 22 pays étudiés, allant de quelques jours à quelques heures, obligatoires ou non. Notre étude vient compléter cette constatation, en montrant que les médecins formés qui ont plus de connaissances théoriques, prennent ensuite de meilleures décisions en situation pratique, puisque ces 2 scores étaient corrélés. Les médecins sollicités dans notre étude étaient volontaires et réclamaient plus de formations/informations à ce sujet. Il semblerait en effet intéressant de proposer un protocole régional contenant les différentes démarches à accomplir, et d'y préciser les coordonnées des différents intervenants ou recours possibles (sur le modèle de la fiche HAS -Haute Autorité de Santé- (14)). Dans le département des Bouches du Rhône, un fascicule contenant toutes ces informations et les coordonnées

actualisées des acteurs de la protection de l'enfance a été édité et est en cours de distribution. Des soirées d'information postuniversitaires sont proposées régulièrement par les différents groupes de médecins.

Il est intéressant de constater qu'aux USA, il existe une spécialité pédiatrique reconnue en tant que telle, de « pédiatre de maltraitance » nécessitant une formation de 3 ans supplémentaires et reconnue par l'*American Bord of Pediatrics* (15). Ainsi ces pédiatres sont-ils considérés comme des spécialistes à part entière, auxquels chaque médecin peut demander un avis ou adresser un enfant, qu'il jugerait suspect de maltraitance. En France, en 2009, *Roussey et al.* (16) constataient la « grande hétérogénéité de prise en charge de l'enfance en danger sur le territoire français ». Cette étude intervient peu après l'entrée en vigueur de la loi du 5 mars 2007 (1), avec laquelle ont été créées les CRIP ; ces cellules ont été mises en place au sein du conseil départemental et sont chargées en priorité, du recueil et du traitement des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être (17). Elles sont constituées de différents professionnels et un médecin y exerce. La loi de Mars 2016 a encore précisé le rôle de ce médecin qui est également nommé comme « médecin référent de la protection de l'enfance » dans chaque département (18) . Outre sa participation au traitement des informations entrantes en collaboration avec les autres membres de la CRIP sur des situations concrètes d'enfants en danger, sa mission est de conseiller, d'orienter et de communiquer avec ses confrères ainsi que de leur proposer des informations/formations Il crée du lien entre les médecins et les différents acteurs de la protection de l'enfance. Notre étude mettait en évidence une certaine méconnaissance de la CRIP ; celle-ci n'était pas bien identifiée comme un acteur central de la protection de l'enfance. En effet, une confusion a été remarquée entre la CRIP et la PMI. Avant la création de ces Cellules de Recueil, ce sont effectivement aux antennes de PMI

que les médecins pouvaient envoyer leurs IP. Actuellement, celles-ci sont chargées de l'évaluation de ces informations transmises par la CRIP. La PMI était dans notre étude, identifiée par les médecins, comme un potentiel recours, se plaçant juste après l'hôpital, et avant la CRIP. Sa proximité, son ancienneté, et ses moyens d'action directs sont sûrement à l'origine de ce constat.

La définition de l'« enfant en danger » était mal connue des médecins. Cette définition inclut les enfants victimes de mauvais traitements (violences physiques, abus sexuels, négligences lourdes ou violences psychologiques) ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique. Ces enfants relèveront d'un signalement judiciaire de manière évidente. Cependant, elle fait aussi référence aux enfants « à risque de maltraitance », dont les conditions d'existence peuvent compromettre leur santé/sécurité/moralité/éducation. Il existe des facteurs de risque de maltraitance ou plutôt « indicateurs de risque », qui peuvent être recueillis facilement la plupart du temps, en menant un interrogatoire rigoureux. Ils méritent d'être connus, car ils peuvent permettre lorsqu'ils sont identifiés, d'agir en amont du danger, en apportant des aides matérielles, éducatives ou psychologiques de prévention. Dans notre étude, les scores correspondant aux questions concernant ces facteurs étaient plutôt moyens, notamment celui concernant l'environnement de l'enfant, ainsi que ses caractéristiques propres. Ils étaient mieux connus des médecins âgés de moins de 43 ans, qui étaient aussi ceux qui craignaient le plus de se tromper de diagnostic. Ils ne doivent pas, comme l'expriment également les médecins « non-formés » de l'étude, constituer un frein par leur absence, en cas de doute. Le contenu d'une IP, correspond à « tout élément, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un

mineur » (19). A peine un quart des médecins de notre étude connaissait cette définition ; selon celle-ci pourtant, les médecins n'ont pas besoin d'être certains de ce qu'ils suspectent pour transmettre une IP. Le travail de la CRIP est justement d'étudier une situation qui a interrogé ou fait douter le médecin. Une IP, même classée sans suites, laisse « une trace » et pourra venir appuyer, le cas échéant, la suivante. Une étude américaine a montré que sur 378 IP classées sans suite, 81% des enfants concernés avaient fait l'objet d'une nouvelle information, dont près des 2/3 ont été ensuite qualifiées (20).

Au-delà du contenu, les IP et les signalements judiciaires étaient souvent dans notre étude, mal orientés : soit par ignorance du bon destinataire, soit par méconnaissance des modalités de transmissions. La CRIP peut être contactée en jours et en heures ouvrés, par tous les moyens suivants : téléphone, fax, email, courrier. La transmission d'une IP se fait à la CRIP par un de ces moyens écrits. Un signalement judiciaire est transmis conjointement au procureur de la République ainsi qu'à la CRIP, par courrier, fax ou email ; il est également recommandé en cas de nécessité de mise en place de mesures de protection immédiates (comme une ordonnance de placement), de téléphoner conjointement à la transmission du signalement au Procureur (ou à sons substitut), afin de s'assurer de la bonne réception de celui-ci. Le SNATED/numéro 119 est habilité à transmettre à la CRIP une IP pour un tiers. Il est vrai qu'une IP transmise au Procureur fera probablement l'objet d'un « retour pour compétence » vers la CRIP et qu'inversement un signalement judiciaire adressé à la CRIP sera très certainement transmis au Procureur. De plus, les services identifiés à tort comme destinataires de ces notifications (PMI, ASE ...) pourront a priori réorienter leurs auteurs. Cependant cela est toujours source de perte de temps et d'informations, pouvant être délétère dans les délais de mise en place de mesures et d'aide à la protection du mineur.

Un autre frein souvent mis en évidence, est le fait que les médecins ne sont presque jamais informés des suites données à leur action, afin de savoir si leur action a été « utile » ; à l'image d'un enfant qu'ils adresseraient au spécialiste, pour lequel ils recevraient, le plus souvent un courrier. Un retour systématique est cependant fait par la CRIP à tout auteur d'une IP qualifiée ; il est ensuite difficile, pour la cellule elle-même, de suivre la décision finale de l'évaluation, elle-même réalisée de façon locale par les services sociaux du département. Il en est de même en cas de signalement, pour lequel les issues sont multiples et déléguées à différents services. On pourrait proposer, que chaque médecin puisse à son initiative, prendre des nouvelles d'une situation ; il faudrait pour cela alors fluidifier la communication entre les différents services de protection de l'enfance (PMI, CRIP, ASE, ...).

Le principal interlocuteur choisi par les médecins de notre étude était l'hôpital. La plupart des grands hôpitaux européens possèdent une équipe pluridisciplinaire (pédiatres, chirurgiens pédiatres, médecins légistes...) référente pour les cas de maltraitance (13). Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (21) prévoit dans sa mesure n°11, l'identification d'un médecin « responsable protection de l'enfance » dans chaque hôpital possédant un service de pédiatrie. Celui-ci, formé, est destiné à être le référent local des situations d'enfants en danger en interne au sein de l'hôpital, mais aussi afin d'aiguiller les médecins libéraux alentours. Ceux-ci sont volontaires, et parfois préexistants, à l'exemple de l'équipe en place à l'hôpital de La Timone Enfants à Marseille, ou l'existence d'UMJ (Unités Médico-Judiciaires) dans certains hôpitaux. Un travail en collaboration de ces différents médecins référents dans le département est indispensable avec l'aide du médecin référent de la CRIP. Ce maillage du territoire permettra un recours facilité pour tous professionnels de santé confrontés à

une situation d'enfant en danger et pourra permettre des formations régulières sur ce sujet comme demandés par la majorité des professionnels.

5. Conclusion

Cette étude met en évidence le manque de connaissances et les pratiques pas toujours adaptées des médecins vis-à-vis de situations d'enfants en danger. Un certain nombre de médecins ne savait pas comment transmettre une IP ou un signalement judiciaire, ni à qui adresser ces notifications. Leur crainte principale était de ne pas être certains sur diagnostic. L'hôpital reste le principal recours pour les médecins libéraux en difficulté, face à une situation d'enfant en danger, et le rôle de des CRIP, mises en place depuis bientôt 10 ans, reste méconnu. La formation initiale des médecins manifestement insuffisante sur ce sujet, pourrait être complétée par des formations théoriques, proposées à tous les médecins recevant des mineurs, puisqu'elles permettent d'améliorer les pratiques des médecins face à ces cas d'enfants à risque de maltraitance/maltraités.

6. Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

7. Bibliographie

1. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr

2. ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance). Chiffres clés en protection de l'enfance. 2018 janv. Disponible sur:
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf
3. Franc, C., Le Vaillant, M., Rosman, S. Franc, C., Le Vaillant, M., Rosman, S., & Pelletier-Fleury, N. (2007). La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites. DREES Études Résultats. 2007;588:8.
4. Patrick BOUET. Atlas de la démographie médicale en France: profils comparés 2007/2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 janv.
5. Anne Tursz. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. 2014. Disponible sur:
<http://www.cnape.fr/>
6. Observatoire Départemental de prévention et de protection de l'enfance de la Manche. RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 2015. 2016.
7. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Arch Pédiatrie. janv 2016;23(1):21-6.
8. Gignon M, Manaouil C, Verfaillie F, Garnier C, Paupière S, Jardé O. Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? Presse Médicale. 2009;38(3):344-5.
9. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. J Adv Nurs. 2006;56(3):227-36.
10. Gwénaëlle LE BRETON- LEROUVILLOIS, Jean-François RAULT. La démographie médicale en région PACA: situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. Report No.: 4. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf
11. Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, et al. Évaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance. Arch Pédiatrie. 2018;25(3):207-12.
12. Li X, Yue Q, Wang S, Wang H, Jiang J, Gong L, et al. Knowledge, attitudes, and behaviours of healthcare professionals regarding child maltreatment in China. Child Care Health Dev. 2017;43(6):869-75.
13. Otterman G, Jalsenius M, Maguire S, Sarkadi A, Janson S. Paediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organisational variations across Europe. Acta Paediatr. 2017;106(7):1110-7.

14. HAS. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
15. Child Abuse Pediatrics Certification. The American Board of Pediatrics. 2014. Disponible sur: <https://www.abp.org/content/child-abuse-pediatrics-certification>
16. Roussey M, Balençon M, Suissa P. Le rôle et la place de l'hôpital dans la protection de l'enfance. Arch Pédiatrie. 2009;16(3):217-9.
17. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-3. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
18. Code de l'action sociale et des familles - Section VI: Médecin référent « Protection de l'enfance ». Code de l'action sociale et des familles, Article D221-25. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
19. Ministère de la santé et des solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Disponible sur: <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>
20. Jedwab M, Harrington D, Dubowitz H. Predictors of substantiated re-reports in a sample of children with initial unsubstantiated reports. Child Abuse Negl. 1 juill 2017;69:232-41.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Premier plan triennal de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants. 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/plan-interministeriel-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites>

8. Annexes

Figure 1 : Diagramme des flux de l'étude

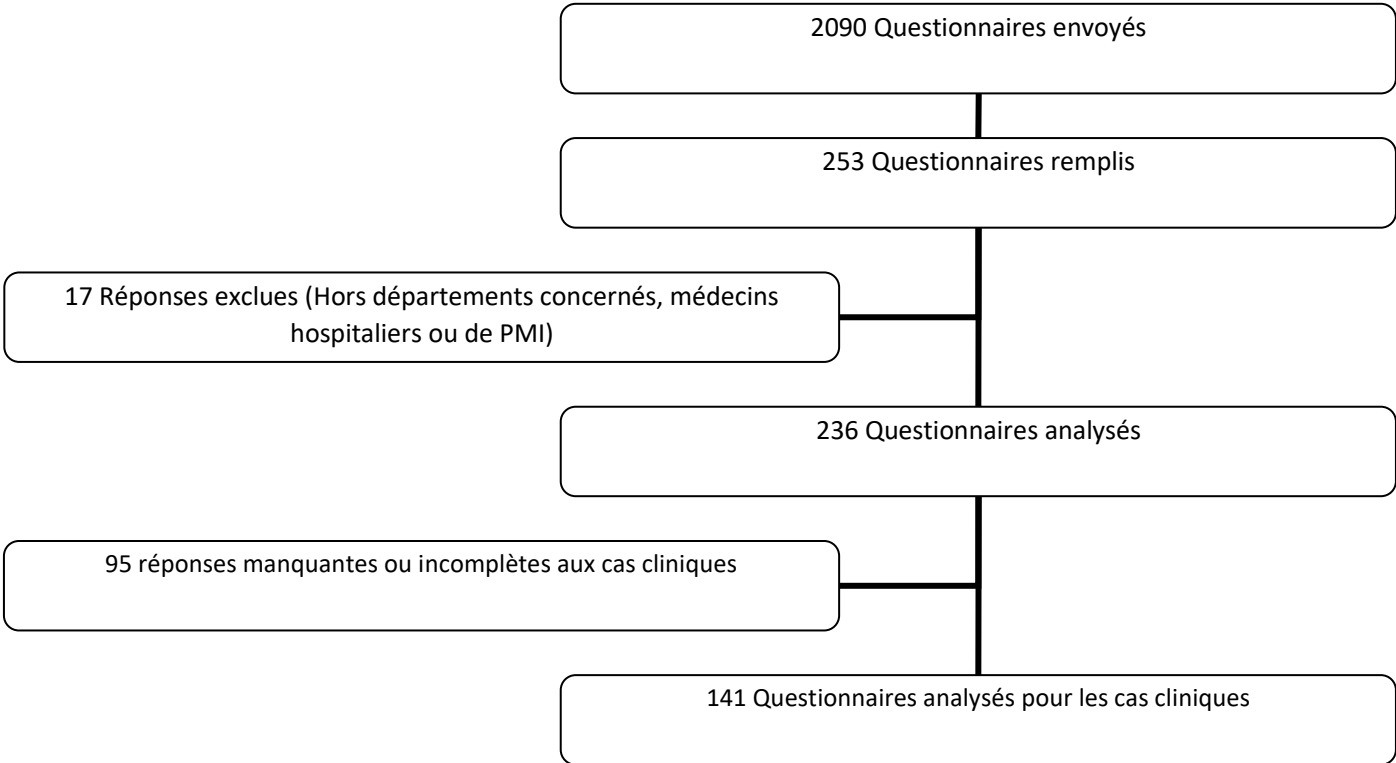


Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques	Médecins généralistes (n=176)	%	Pédiatres (n=60)	%	Total (n=236)	P
< 43 ans	107	60,8	13	21,7	120	<0.001
> 43 ans	69	39,2	47	78,3	116	
<i>Femme</i>	120	68,2	40	66,7	160	NS
<i>Homme</i>	56	31,8	20	33,3	76	
< 10 ans	105	59,7	24	40	129	< 0.05
> 10 ans	71	40,3	36	60	107	
<i>04 - Alpes de Haute Provence</i>	17	9,7	4	6,7	21	
<i>05 - Hautes Alpes</i>	16	9,1	0	0	16	
<i>13 - Bouches du Rhône</i>	94	53,4	43	71,7	137	
<i>83 - Var</i>	27	15,3	11	18,3	38	
<i>84 - Vaucluse</i>	22	12,5	2	3,3	24	
<i>Participation à une formation - Non</i>	119	67,6	11	18,3	130	< 0.001
<i>Participation à une formation - Oui</i>	57	32,4	49	81,7	106	

(NS : Non Significatif)

Tableau 2 : Recours des médecins interrogés face à une situation d'enfant en danger, selon qu'ils aient ou non rencontré une telle situation

	<i>N'a jamais rencontré une situation (n=130)</i>	<i>%</i>	<i>A déjà rencontré une situation (n=106)</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>Hôpital</i>	64	60,4	65	50	129	NS
<i>PMI</i>	58	54,7	54	41,5	112	0,03
<i>CRIP</i>	48	45,3	36	27,7	84	0,004
<i>Confrère libéral</i>	52	49,1	37	28,5	89	0,001

(PMI : Protection Maternelle et Infantile ; CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes ; NS : Non Significatif)

Tableau 3 : Freins concernant les démarches à entreprendre cités par les médecins selon qu'ils aient ou non rencontré une situation d'enfance en danger

	<i>N'a jamais rencontré une situation (n=130)</i>	<i>%</i>	<i>A déjà rencontré une situation (n=106)</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>N'être pas sûr du diagnostic</i>	70	66	43	33,1	113	0,000
<i>Peur des conséquences pour moi</i>	13	12,3	13	10	26	NS
<i>Peur des conséquences pour l'enfant</i>	30	28,3	30	23,1	60	NS
<i>Ne pas savoir rédiger l'écrit</i>	13	12,3	17	13,1	30	NS
<i>Manque de temps</i>	6	5,7	3	2,3	9	NS
<i>Absence de facteur de risques</i>	26	24,5	6	4,6	32	<0,000
<i>Existence d'un bon lien avec la famille</i>	16	15,1	13	10	29	NS
<i>L'ignorance des démarches à accomplir</i>	38	35,8	27	20,8	65	0,008
<i>Je n'ai pas réussi à joindre l'autorité concernée</i>	-	-	8	6,2	8	0,008
<i>L'absence de retour systématique de la part des services sociaux</i>	-	-	28	21,5	28	<0,000
<i>Aucun</i>	11	10,4	24	18,5	35	0,059

(NS : Non Significatif)

Glossaire

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

EPU : Enseignement Post-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

MG : Médecin Généraliste

PACA : (région) Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

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

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecine Libérale

Questionnaire

Nous pouvons tous être confrontés à des situations de maltraitance ou d'enfant en danger. Bien souvent, en tant que médecins libéraux, vous êtes en première ligne face à celles-ci. Comment les reconnaître, que faire, vers qui se tourner pour demander un avis ?

L'objectif de cette étude, coordonnée par les Dr Bresson et Dr Bosdure (CHU Timone Enfants), est d'apprécier vos connaissances et vos pratiques face à des situations d'enfants en danger, et ce dans toute la région PACA. Nous voudrions, à l'aide de ce questionnaire, connaître vos besoins d'informations face à ces questions, et développer un réseau adapté dans la région.

Il s'agit de QCM, ainsi que 3 situations cliniques, qui ne vous prendront que 10 minutes à remplir. Les données collectées sont anonymes.

N'hésitez pas à me contacter (par email) si vous avez des difficultés à remplir le questionnaire, ou si vous avez des questions.

Les résultats de cette étude vous seront communiqués.

Merci d'avance pour votre participation,

Sophia SIMEON Interne en pédiatrie à la faculté d'Aix-Marseille simeon.sophia@gmail.com

- I. Votre profil
- II. Vos Connaissances théoriques sur les situations d'enfant en danger
- III. Votre expérience et vos pratiques
- IV. Cas cliniques
- V. Facteurs de risques

I. Votre profil

- 1- Quel est votre âge ? (*Champ libre*) :
- 2- Êtes-vous... (*1 seul choix*) : Un homme Une femme
- 3- En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? (*Champ libre*) :
- 4- Nombre d'années d'exercice en libéral ? (*1 seul choix*) : < 10 ans > 10 ans
- 5- Votre lieu d'exercice :
 - a. Code postal (*champ libre*) :

b. Exercice : (1 seul choix) urbain rural semi-urbain

6- Votre mode d'exercice ? : (Plusieurs réponses possibles)

- Seul en cabinet
- Association de praticiens médicaux
- Association avec d'autres professionnels de santé non médicaux
- PMI
- Existence d'une pratique hospitalière à mi-temps/par vacances
- Autre, précisez :

7- Votre spécialité ? Précisez dans « Autre » si surspécialité en pédiatrie (1 seule réponse) :

- Médecine générale Pédiatrie
- Autre, précisez :

8- Quel est la part estimée de votre patientèle pédiatrique ? SEULEMENT POUR LES MEDECINS GENERALISTES (1 seule réponse possible)

- < 3 enfants /j entre 3-6/j > 6 /j Pas de pédiatrie

9- Avez-vous déjà participé à une formation spécifique concernant la protection de l'enfant ? : (1 seule réponse)

- OUI NON

Si oui, précisez...

- Formation initiale (faculté) Congrès, EPU Autre, précisez :

II. Vos connaissances sur les situations d'enfant en danger (sur 100 points)

1. Un enfant est « à risque de maltraitance » lorsque (plusieurs réponses possibles)

- Son éducation est compromise **2,5 pts**
- Sa santé est négligée **2,5 pts**
- Sa liberté est entravée **- 2,5 pts**
- Sa moralité n'est pas protégée **2,5 pts**
- Sa sécurité n'est pas assurée **2,5 pts**

2. Cet enfant relèvera... : (une seule réponse possible)

- D'une Information Préoccupante 5 pts**
 - D'un signalement judiciaire **0 pts**
3. D'un point de vue légal pour cet enfant : (cochez les réponses justes) *(plusieurs réponses possibles)*
- Il existe une dérogation légale au respect du secret médical 5 pts**
 - Le médecin ne peut partager ces informations qu'avec un autre médecin **- 2,5 pts**
 - Vous pourriez être poursuivi si vous n'entrez rien protéger cet enfant 5 pts**
4. Lorsque vous rédigez une Information Préoccupante (IP), que doit-elle contenir ? (Cochez les réponses justes) *(Plusieurs réponses possibles)*
- Uniquement des éléments médicaux **- 1 pts**
 - Uniquement des faits vérifiés par l'auteur **- 1 pts**
 - Tout élément laissant craindre qu'un enfant se trouve en situation (à risque) de danger 5 pts**
 - Uniquement des données sociales **- 1 pts**
 - Elle doit mettre en avant le refus/l'échec des mesures mises en place 5 pts**
5. A qui s'adresse l'IP ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Au procureur de la République **- 1 pts**
 - Au conseil départemental 10 pts**
 - Au commissariat de police **- 1 pts**
 - A la PMI **- 1 pts**
 - A l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) **- 1 pts**
 - Ne sait pas **- 1 pts**
6. Par quel moyen pouvez-vous transmettre une IP ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Par téléphone 2,5 pts**
 - Par email 2,5 pts**
 - Par courrier 2,5 pts**
 - Par fax 2,5 pts**
 - Ne sait pas **- 1 pts**
7. De quel type de personnel est composé la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) du conseil général ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Travailleurs sociaux 1 pts**
 - Educateurs spécialisés 1 pts**
 - Puéricultrices / infirmières **- 1 pts**
 - Juge pour enfant **- 1 pts**
 - Médecin / pédiatre 3 pts**
 - Ne sait pas **- 1 pts**

8. Lorsque vous suspectez fortement un cas de maltraitance... (Cochez les réponses justes)
(Plusieurs réponses possibles)
- Vous réalisez une IP – 1 pts
 - Vous adressez l'enfant à l'hôpital 5 pts
 - Vous prenez contact avec la PMI de son secteur – 1 pts
 - Vous réalisez un signalement au procureur de la République 5 pts
 - Vous appelez le 119 – 1 pts
9. Si vous réalisez un signalement judiciaire, comment le transmettez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)
- Par téléphone 5 pts
 - Par email 5 pts
 - Par fax 5 pts (max 10 points)
 - Ne sait pas – 1 pts
- (La bonne réponse = Téléphone + un écrit -email ou fax-)
10. A qui le transmettez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)
- Au procureur de la République 5 pts
 - Au conseil départemental 5 pts
 - Au commissariat de police – 1 pts
 - A l'hôpital – 1 pts
 - A l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) – 1 pts
 - Ne sait pas – 1 pts
- Réponse juste = Procureur de la République ET Conseil départemental (CRIP)
11. En cas d'urgence vitale.. (Plusieurs réponses possibles)
- Vous transférez l'enfant à l'hôpital via le SAMU 3,3 pts
 - Vous prenez contact avec le médecin sénior des urgences avant son arrivée 3,3 pts
 - Vous vous assurez de son arrivée effective aux urgences 3,3 pts
 - C'est à vous de réaliser le signalement

III. Votre expérience et vos pratiques

1. Avez-vous déjà rencontré une (ou plusieurs) situation(s) d'enfant en danger au cours de votre exercice libéral ? (1 seule réponse possible)
- OUI NON

→ EN CAS DE REPONSE « OUI » A CETTE QUESTION, le questionnaire continue ainsi :

- a. Combien de situations d'enfant en danger avez-vous rencontré au cours de votre exercice libéral ? : *(1 seule réponse possible)*
- 1 2-5 >5
- b. Avez-vous déjà été sollicité par un confrère sur une question d'enfant en danger ? *(Une seule réponse possible)*
- Oui
 Non
- c. Avez-vous au contraire, demandé un avis à un confrère face à cette (ces) situation(s) ? *(Une seule réponse possible)*
- Oui
 Non
- d. Vers qui vous êtes-vous tourné ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- L'hôpital
 Un confrère libéral (pédiatre, spécialiste, médecin scolaire)
 La PMI
 La CRIP / Le médecin de la CRIP
 Le procureur de la république
 Le numéro 119 « enfance maltraitée »
 La police ou gendarmerie
 Autre structure à vocation « sociale »
 Autre (à préciser)
- e. S'il s'agissait de l'hôpital, précisez...
- Les urgences Un service de pédiatrie L'équipe mobile dédiée
- f. Avez-vous rencontré des difficultés dans votre demande d'aide ? *(1 seule réponse possible)*
- OUI NON
- g. Quels ont été selon vous les freins dans votre démarche ? (3 réponses maximum) *(Plusieurs réponses possibles)*
- Je n'étais pas sûr du diagnostic
 J'avais peur des conséquences pour moi (représailles)
 J'avais peur des conséquences pour l'enfant
 Je ne savais pas à qui m'adresser, je me suis senti(e) isolé(e)
 Je ne savais pas comment rédiger l'écrit
 Je n'avais pas le temps
 Il n'y avait pas de signe d'appel (facteur de risque)
 Je connais la famille / J'ai un bon lien avec la famille

- Je n'ai pas réussi à joindre l'autorité concernée
- Je n'ai pas de retour de services sociaux concernant mes IP/signalements
- Aucun frein
- Autre, précisez :

h. Aimerez-vous recevoir une formation spécifique concernant la protection de l'enfance ?
(1 seule réponse possible)

- Oui Non

i. Si oui, sous quelle forme ? (1 seule réponse possible)

- Ecrite sous forme de protocole régional
- Orale sous forme de réunion interactive
- Autre (préciser)

→ EN CAS DE REPONSE « NON » à la question III 1., LE QUESTIONNAIRE CONTINUE AINSI :

Face à une situation d'enfant en danger...

a. Demanderiez-vous de l'aide/ Un avis ? (1 seule réponse possible)

- OUI NON

b. Vers qui vous tourneriez vous ? (3 réponses maximum) (Plusieurs réponses possibles)

- L'hôpital
- Un confrère libéral (pédiatre, spécialiste, médecin scolaire)
- La PMI
- La CRIP / Le médecin de la CRIP
- Le procureur de la république
- Le numéro 119 « enfance maltraitée »
- La police ou gendarmerie
- Autre structure à vocation « sociale »
- Autre (à préciser)

c. Vous avez répondu "l'hôpital", précisez... (une seule réponse possible)

- Les urgences Un service de pédiatrie L'équipe mobile dédiée

d. Quels éléments pourraient constituer un frein pour vous dans une telle démarche ? (3 réponses maximum) (Plusieurs réponses possibles)

- N'être pas sûr(e) du diagnostic
- La peur des conséquences pour moi (représailles)
- La peur des conséquences pour l'enfant
- L'ignorance face aux démarches à entreprendre / l'isolement
- Ne pas savoir comment rédiger l'écrit
- Le manque de temps
- L'absence de signe d'appel (facteur de risque)
- L'existence d'un bon lien avec la famille
- Aucun de ces éléments

Autre, précisez :

e. Aimeriez-vous recevoir une formation spécifique concernant la protection de l'enfance ?
(1 seule réponse possible)

Oui Non

f. Si oui, sous quelle forme ? (1 seule réponse possible)

- Ecrite sous forme de protocole régional
- Orale sous forme de réunion interactive

Autre, précisez :

(La suite du questionnaire apparait pour tout le monde)

IV. Cas cliniques

Cas n°1 :

Vous recevez dans votre cabinet un bébé de 15 jours pour sa première consultation. Celui-ci porte des plâtres dans le cadre d'une luxation congénitale de hanches. Sa mère de 21 ans est elle-même accompagnée de sa mère. L'examen est normal hormis cela. C'est un bébé agréable, avec un petit poids de naissance (2360g à 38+2 SA), mais sa prise de poids est correcte. A la fin de la consultation, sa mère vous expose ses difficultés ; le père de l'enfant l'a quittée pendant la grossesse, elle s'est installée dans le village voisin. Les plâtres semblent la gêner dans l'établissement d'une relation avec son bébé. C'est d'ailleurs la grand-mère qui s'en occupe durant la consultation. Celle-ci est présente à la maison, et aide sa fille à s'occuper de son bébé.

Cette maman présente de façon évidente des symptômes de dépression du post-partum, et ne semble pas capable de s'occuper sa fille seule.

1. Que proposez-vous ? Que proposez-vous ? (Cochez la/les réponse(s) qui vous semblent juste(s))
(Plusieurs réponses possibles)

- Vous demandez à la grand-mère de s'occuper du bébé
- Lien avec la PMI 5 pts**
- Vous orientez la mère vers un psychiatre
- Vous rédigez une information préoccupante **- 2 pts**
- Vous mettez en place des aides à domicile : Passage d'une TISF (Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale) et/ou IDE 5 pts**
- Vous revoyez cette maman et son bébé de façon rapprochée 5 pts**

(max 10 points)

Vous revoyez ce bébé seulement à 2 mois. La prise de poids est bonne, le développement correct. Le bébé semble sale à l'examen, est manifestement encombré. La maman dit ne pas faire de nettoyage nasal, et lorsque vous lui parlez des vaccins, elle n'en voit pas l'intérêt car sa fille est encore « trop petite ». Cette dame semble toujours très déprimée.

Vous demandez si elle s'est rendue à la PMI, et elle vous répond qu'elle a bien reçu un appel, mais qu'elle ne souhaite pas avoir « d'étranger chez elle », que sa mère vient parfois l'aider.

2. *Que faites-vous dans l'intérêt de cet enfant ? (Une seule réponse possible)*

- Vous recontactez la PMI
- Vous rédigez une information préoccupante 10 pts**
- Vous rédigez un signalement judiciaire
- Vous contactez les urgences pour faire hospitaliser ce bébé

3. *Avez-vous déjà personnellement été confronté à un cas de négligence d'un enfant ?*

- OUI NON

4. *A quelle fréquence y êtes-vous confronté ?*

- absence de confrontation confrontation 1 fois par an 1 fois par mois Plus souvent

Cas N°2

Vous voyez en consultation systématique un nourrisson de 2 mois, ancien prématuré de 34 SA. Il s'agit du fils de votre collègue dentiste, qui travaille dans le même centre médical que vous. Il s'est libéré pour l'occasion, sa femme étant « trop fatiguée ». Le papa a apporté les vaccins, mais pose beaucoup de questions concernant les coliques de son fils. Il décrit des pleurs incessants, et les nombreux moyens mis en œuvre (réconfort, changements de lait, médicaments, médecines parallèles...), pour le calmer. « Tu me diras si on peut faire les vaccins, il est malade depuis 3 jours, il pleure encore plus, et vomi ses biberons depuis ce matin. Qu'est-ce qu'on peut lui donner, vraiment ma femme n'en peut plus ! »

Vous ne notez pas de cassure pondérale ni staturale, et une croissance plutôt rapide du PC.

A l'examen, le nourrisson est hypotonique, semble geignard et présente un mauvais contact. Il n'a pas de fièvre. Le reste de l'examen est sans particularité.

1. *Que proposez-vous ? (Une seule réponse possible)*

- Vous tentez une réhydratation au cabinet avec du soluté adapté, et le réévaluez entre 2 patients – 2 pts
- Vous prescrivez un soluté de réhydratation et proposez de le revoir à 48h, la famille étant fiable – 2 pts
- Vous proposez un hydrolysât car vous suspectez dans un premier temps une allergie aux protéines de lait de vache – 2 pts
- Vous êtes inquiet, et orientez ce papa vers les urgences les plus proches – 2 pts
- Vous êtes très inquiet et contactez le centre 15 pour un transport médicalisé rapide vers l'hôpital 10 pts**

2. Avez-vous déjà personnellement été confronté à un cas de bébé secoué ?

- OUI NON

3. A quelle fréquence y êtes-vous confronté ?

- absence de confrontation confrontation 1 fois par an Plus souvent

Cas N°3

Vous recevez en urgence le jeune Y., 10 ans, accompagné de sa mère, une famille que vous connaissez bien.

Il dit avoir été frappé par son père ce midi, alors que sa mère était partie avec ses 3 jeunes sœurs. Il présente une ecchymose péri-orbitaire bien visible, plusieurs autres sur les membres supérieurs. Y. dit que c'est son père qui lui a fait cela, que ce n'est pas la première fois, mais cette fois-ci « c'était plus fort ».

La maman vous raconte que depuis la perte de son emploi il y'a 2 mois, son mari boit de plus en plus, et se montre plus agressif, elle ne le « reconnaît plus ». La famille loge actuellement dans un appartement insalubre, mis à disposition par une connaissance.

1. Que faites-vous dans un premier temps ? (Une seule réponse possible)

- Vous conseillez à la maman de quitter le domicile conjugal avec ses 3 enfants
- Vous lui conseillez de se rendre au commissariat de police le plus proche
- Vous l'adressez à une assistante sociale dans la MDS de son secteur – 2 pts
- Vous rédigez une information préoccupante que vous envoyez au conseil général – 2 pts
- Vous l'adressez aux urgences les plus proches pour mettre Y. à l'abri de son père 10 pts**

Finalement la mère de Y. ne s'est pas rendue aux urgences, banalise ces événements et ne suit pas vos conseils d'éloignement de ses enfants par rapport à leur père. Elle vient vous voir une semaine après avec son fils, qui raconte encore une violente dispute avec des coups.

2. Que proposez-vous devant son absence de mobilisation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous orientez la famille vers un centre type CDAS (Centre Départemental d'Action Sociale) afin de proposer des aides vis-à-vis de la violence conjugale – 2 pts
- Vous appelez les urgences les plus proches pour l'annoncer, et vous assurez de son arrivée plus tard**

5 pts

- Vous passez par le centre 15 pour réguler le transfert
- Vous rédigez un signalement/ou additif, en demandant au Procureur un ordre de garde pour Y. 5 pts**

3. Avez-vous déjà personnellement été confronté à un cas d'enfant battu ?

- OUI NON

4. A quelle fréquence y êtes-vous confronté ?

- Absence de confrontation confrontation 1 fois par an Plus souvent

5. Avez-vous notion de l'existence de facteurs de risque de maltraitance ? (1 seule réponse)

- OUI** NON
-

V. Facteurs de risques

Dans ces 3 situations, quels éléments identifiez-vous comme facteurs de risque de maltraitance ?

1. Concernant l'environnement de ces enfants... (Plusieurs réponses possibles)

- Habitat rural
- Habitat urbain
- Logement insalubre
- Aucune de ces réponses 5 pts**

2. Concernant leurs familles... (Plusieurs réponses possibles)

- Jeune âge des parents 5 pts**
- Bas niveau socio-économique 5 pts**
- Parent isolé 5 pts**
- Violences conjugales 5 pts**
- Famille nombreuse 5 pts**
- Dépression du post partum 5 pts**
- Aucune de ces réponses

3. Concernant les enfants eux-mêmes... (Plusieurs réponses possibles)

- Prématuré 5 pts**
- Âge < 24 mois
- Faible poids de naissance 5 pts**
- Pathologie chronique de l'enfant 5 pts**
- Le fait que l'enfant soit de même sexe que le parent maltraitant
- Aucune de ces réponses

Abused children: knowledge and practical behaviours of general practitioners and private paediatricians in French region PACA

SIMEON, S¹, BRESSON, V², DUBUS, J-C¹, CHABROL, B¹, TARDIEU, S³ BOSDURE, E¹

¹ Service de spécialités pédiatriques et médecine infantile, CHU Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

² Urgences pédiatriques, CHU Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

³ Service d'évaluation médicale, Pôle Santé publique, CHU Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

Corresponding author: simeon.sophia@gmail.com

Abstract

Background: French child protection system has been reformed recently by the law of March 5th, 2007). The term “abused child” has been replaced by “child in danger”, which refers to any abused child or at risk to be. At the same time, the Department Council has been entrusted to manage Preoccupying Information (IP). To ensure this, special units called “CRIP” (*Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes*) have been created within the Council. Private physicians are likely to meet children at risk/abused first, in their praxis, especially general practitioners (GPs) and paediatricians.

Aims: Studying GPs’ and private paediatricians’ knowledge and practical behaviours facing children in danger.

Methods: A descriptive study was launched from December 2017 to March 2018, asking GPs and private paediatricians from French region “PACA” (Provence-Alpes-Côte d’Azur) to fill in an online survey. This questionnaire evaluated theoretical knowledge and practical behaviours. There were also 3 clinical situations. Three scores were sorted out; a theoretical knowledge score, a practice score and a score about knowledge of risk factors.

Results: 236 answers were analysed, in which 60 filled in by paediatricians (25,4%). Theoretical knowledge score was on average $59 \pm 16,6 / 100$, and practical score (about clinical cases) was $27,9 \pm 11,1 / 50$. These two scores were significantly higher for trained doctors and paediatricians. They were also correlated; having a good theoretical knowledge score was associated with having a good practical score, and vice versa ($p < 0,001$). Transmission mode from the IP and the State report were relatively unknown: 51 doctors (21,6%) knew to whom send the IP, and 58 (24,6%) knew how to reach the CRIP; Twelve doctors (5,1%) were aware that a report had to be sent both

to the Prosecutor and to the CRIP, 144 (61%) thought it was exclusively to the Prosecutor; and 49 (20,8%) didn't know how to send it. A hundred and thirty doctors (55,1%) had already faced a child in danger; 106 (44,9%) hadn't. These two groups turned to the hospital when they needed in these situations (respectively 65, 50% and 62, 60,4%) and the major hindrance to step into child protection services was the uncertainty about the diagnosis (43, 40,6% and 70, 73,7%). All doctors wished to have a better training on this subject.

Conclusion: Doctors' knowledge concerning management of children "in danger" was inadequate. This study shows that this could be improved by specific training about child abuse. The hospital was well identified as a potential resort in these situations, at the expense of the CRIP, whose mission, among others, is to advise and inform doctors.

Keywords: Child abuse, child protection, child in danger

1. Introduction

The term “child in danger” stands for any abused child, or at risk to be. The law of March the 5th of 2007, introduced this in France. This law clarifies the appropriate steps and persons to deal with in those cases (1).

The number of children under 18 followed up by child protection services was about 300,000 in December 2016, and has been raising up constantly from 2007 on (2). Lately, 88% of children under 16 in France are entirely followed-up by a general practitioner (GP) (3), and this number is expected to raise, since the number of private paediatricians goes down (4). Any doctor can face one day a child in danger situation.

Doctors are reluctant to report children in danger in France. Only 5% of reports to State Prosecutor come from doctors (5), and in 2015 in the French department of Manche, only 9 “Preoccupying Information” (IP) have been sent to the Department Council by private practitioners (6). There are a lot of hindrances dissuading doctors from reporting such as the lack of knowledge about diagnosis and reporting procedures, the fear of misidentifying, the time limitation, the trivialization of symptoms of abuse and considering them as common childhood events, and many others (7) (8) (9).

The main aim of this study was to assess GPs’ and private paediatricians’ knowledge and their practices facing children in danger. Secondary aims were to identify doctors’ difficulties in these situations, and to assess their training needs about this subject.

2. Method

2.1. Design and population

An online anonymous survey was used, and sent from December 2017 to March 2018 per email, to GPs and private paediatricians from the French region “PACA” (Provence – Alpes – Côte d’Azur), excluding department of “Alpes Maritimes”. Doctors who hadn’t finished their residency were excluded, as well as those who worked exclusively at hospital or in a “PMI” (*Protection Maternelle et Infantile*, French public service for prevention and protection of children and their mothers). The questionnaires have been sent in blocks directly by unions and associations, using mailing-lists (URPS-ML PACA -Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux-, L’association des pédiatres du Garlaban, La section Provençale de la Société Française de Pédiatrie, L’association du Cercle Pédiatrique Marseillais). Hence a same doctor could be a member of several lists, we cannot exclude that there were duplicates. This study site has been declared to the CNIL (*Commission Nationale de l’Information et des Libertés*, French national data protection agency) under the number 2149400v0.

2.2. Questionnaire

It was an online standardised survey, created with the website “Google Forms”. Three reminders were sent during the study. It consisted of 53-questions (50 so-called Multiple-Choice Questions (MCQ) and 3 open questions), some were accessible depending on the previous answer. It had been tested over a sample of 10 GPs and 3 paediatricians.

The questionnaire was framed in 5 parts. The first one collected demographic information: age, gender, place, praxis, date of settlement, speciality (GP or paediatrician), training about child abuse. The second contained theoretical questions which aim was to evaluate practitioners’

knowledge about child protection (definition, different steps of a report, partners...). Third one assessed experience and practical behaviour in front of a child in danger: resorts, hindrances to step into child protection procedures. There were two different series, depending on, if the practitioner had or not, already experienced such a situation. Three clinical cases stand for the 4th part of the questionnaire, with each 1 or 2 MCQ question. The first case consisted in spotting a child in risk of being abused and putting appropriate relief measures forward. Second one was about a “Shaken Baby Syndrome”, who needed to be taken to the hospital immediately. Third case was a physically abused child, in the context of domestic violence. Last part of the questionnaire was a series of 3 MCQ-questions about risk factors of child abuse, concerning the child’s environment, his family, and his own characteristics.

MCQ-questions from part 2 (theoretical knowledge), part 4 (clinical cases) and part 5 (knowledge about risk factors) had been weighted; some answers were associated with negative points, if the chosen answer was harmful for the child. So, at the end of each part, a score was worked out; theoretical knowledge score (on 100 points), practical score (on 50 points), and risk factors-knowledge score (on 50 points). The questionnaire and its correction are available in appendix.

2.3. Data analysis

We conducted a descriptive analysis for each question collected from the survey (profile, knowledge, experience) and the clinical cases. Data was analysed using SPSS (version 20). For categorical variables, data were compiled in frequencies and percentages; the announced percentage is the frequency of answers which measure was valid (filled and applicable). Statistical tests were used to cross data; practitioners’ profile (GP or paediatrician), localisation of praxis, time elapsed since setting down, special training or not, if the doctor had or not ever faced

a child in danger. Qualitative variables were compared using the Pearson chi-squared test when the sample was large enough. The t-Student test was employed when quantitative variables followed a normal distribution, if not the Mann and Witney-Wilcoxon test was. A value of less than 0.05 for p was considered statistically significant. The only results reported here are the latter.

3. Results

3.1. Sample characteristics

Among the 2090 questionnaires sent, 253 replies were collected, and 236 were analysed (*Figure 1*); 141 were exploitable for the clinical cases. Principal characteristics of the answering doctors are summarized in *Table 1*. A hundred and sixty doctors (67,8%) were women, and distribution was the same between GPs and paediatricians ($p>0,05$). The population's age was 43 ± 13 years in average. Eighteen doctors (7,6%) had an exclusive covering practice. Concerning GPs, most of them usually saw more than 3 children a day ($n=132$, or 75% of GPs), or even more than 6 ($n=44$ 25%). Forty-five per cent of our doctors ($n=106$) declared having received special training about child abuse; this training was most often during congress/postgraduate training sessions ($n=61$, 25,8%). Paediatricians had more often received a special training than GPs ($n=49$, 81,7% VS $n=57$, 32,4%, $p< 0.001$).

3.2. Results of the survey

3.2.1. Theoretical knowledge

Doctors' total score at this series of questions was $59 \pm 16,5 /100$ in average. The two groups who obtained a significative higher score were paediatricians (average score $69,8/100$ VS

55,3/100, $p < 0,001$) and doctors who had received a training on this subject (average score 66/100 VS 53/100, $p < 0,001$). No statistically significant difference was highlighted between different age groups, ancient or recent setting up, or on the different kind of practise (isolated VS association of practitioners).

Eighteen doctors (7,6%) could define correctly a child at risk to be abused. Almost everyone ($n=221$, 93,6%) knew that they had to report this child through an “IP”. Eleven per cent ($n=27$) didn’t know they were legally exempted from medical confidentiality in cases of a child in danger. Fifty-three doctors (22,5%) knew exactly the content of an “IP”, and forty-five (19%) thought it concerned medical elements only. It was properly addressed to the departmental council by 51 doctors (21,6%); 48 (20,3%) didn’t know its addressee, 35 (14,8%) sent it to the Prosecutor, 18 (7,6%) at ASE (*Aide Sociale à l’Enfance*, Child welfare office), and 17 (7,2%) at the PMI. When asked about how to reach the CRIP (*Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes*, unit in charge of gathering and evaluating “IP” at the departmental council), 58 doctors (24,6%) answered by every possible way (phone, email, fax, mail), and 34 (14,4%) used all of these except the phone; 41 (17,4%) didn’t know at all how to reach this unit. Seven doctors (3%) knew what kind of staff the “CRIP” was made of, 111 (47%) surely knew a doctor was part of it.

Facing a child strongly suspected to be abused, 142 (60,1%) made a state report, and 160 (67,8%) addressed the child to the hospital; 46 doctors (19,5%) did both. Full points were assigned to doctors who addressed their state report by phoning and writing (mail, fax, or email) which corresponded to 32,6% of them ($n=77$); 84 (35,5%) didn’t phone but sent an email and/or a fax. Forty-nine (20,8) didn’t know how to send their state report, and 25 (10,6%) declared

ignoring whom send it to. Twelve (5,1%) knew it had to be sent both to the State Prosecutor and to the department council (CRIP); 144 (61%) sent it to only the Prosecutor.

3.2.2. Practical behaviours

More than a half of the study doctors (n=130, 55,1%) had already faced a situation of a child in danger in their career, in which more doctors aged 43 and more (n=85, 65,4% VS n=45, 34,6%, $p<0,000$), more GPs (n= 90, 69,2% VS n=40, 0,8%, $p=0,026$) and more trained doctors (n=67, 51,5 % VS n=63, 48,5%, $p=0,016$). Most mentioned resorts are gathered in *Table 2*. Most of the doctors (n=65, 50%) took advice from the hospital, in which 38 (60,3%) directly from a paediatric inpatient ward, 23 (36,5%) from the paediatric emergency department, and 2 (3,2%) from the dedicated child-abuse team. Thirty-seven of these doctors (23,8%) reached the State Prosecutor to get advice; other resorts (social structure, police, 119-freephone number – French child abuse hotline-, the medical association) were quoted with a frequency under 10%. Eighty-two doctors (63,1%) didn't report any problem in their steps with social services, whereas only 24 (18,5%) declared “no hindrances” when asked explicitly. The others (n=106, 81,5%) feared the uncertainty about the diagnosis (n=43, so 40,6% of them); following hindrances are presented in *Table 3*.

A hundred and six doctors (44,9%) had never experienced this kind of situation. All of them would have taken advice, mostly from the hospital (n=64, so 60,4% of them), and more precisely 31 (29,2%) from the emergency department, 27 (25,5%) from an inpatient paediatric ward, and 6 (5,7%) from the dedicated team. Other resorts are showed in *Table 2*. Freephone number 119 also appeared as a possible resort for these doctors ((n=27, 25,5%); other aforesaid resorts weren't chosen with a frequency above 10%. Most cited hindrance to report was the

uncertainty about diagnosis (n=70, 73,7%); other hindrances are presented in *Table 3*. Eleven (10,4%) could not find any.

When comparing behaviours from doctors who had already faced an abused/neglected/in danger child with those who had not (*Table 2* and *3*), the uncertainty about diagnosis appeared to be a significantly more important hindrance for “non-experienced” doctors than for the other ones ($p<0,001$). If there were no risk factors in a given situation, these doctors could moderate their procedures ($p<0,001$), as well as when they ignored about the steps to accomplish to report a child ($p=0,008$).

Almost all interviewed doctors (n=217, 91,5%) were willing to have a specific training concerning child abuse, especially in a regional protocol shape (n=119, 55%).

3.2.3. Clinical cases

The average score for the three clinical cases was $27.9 \pm 11,1 / 50$. Paediatricians reached a significantly higher score than GPs (32/50 VS 26,7/50, $p=0,012$), as well as doctors who had ever had a special training about child abuse (30,4/50 VS 26,3/50, $p=0,028$). Higher theoretical knowledge scores were statistically associated with higher ones at the clinical cases ($p<0,001$). However, doctors who had already experienced one of the 3 situations from the questionnaire, didn't give significantly better answers than their fellows.

Within noticeable elements of answers to the clinical cases, 124 (8,9%) directed the mother in need presented in case n°1 to a PMI structure; less than a quarter of the doctors (n=53, 22,5%) sent the “shaken baby” from case n°2 at the hospital using an ambulance, while 83 (58,9%) directed the father with his son to the emergency room on their own. In case n°3, most of the doctors (n=120, 85,1%) protected the child from his father by directing him to the hospital.

3.2.4. Abusing risk factors

The score in this part of the questionnaire was $28,5 \pm 11,5 / 50$ in average. Average score at the question concerning environmental risk factors was $1,1 \pm 2,0 / 5$, $20,3 \pm 8,0 / 30$ at the one concerning family risk factors, and $6,9 \pm 5,6 / 15$ at the question concerning risk factors inherent to the child himself. Doctors aged less than 43 years and those who had been practising for less than 10 years, had significantly higher scores than the others (respectively $31,9/50$ VS $24,6/50$, $p < 0,001$ and $31,9/50$ VS $24/50$, $p < 0,001$).

4. Discussion

Finally, this study concerned 236 questionnaires filled in by private practitioners, among who 60 paediatricians. Questionnaires were directly sent by associations/unions who used mailing-lists. A same doctor could appear twice or more among the several lists; in that case, we assume that this one answered only once to the questionnaire. Considering this, we were not able to work out a return rate based on the number of sent questionnaires. Despite some limits, it is the first study work conducted directly by asking practitioners in French region PACA about the theme of child protection.

There were 3994 GPs in the involved departments in 2015 having a private practice activity, who were on average 54 years old, in which 65% of men (10). Considering only doctors aged under 40, this share was falling to 40% (10). Regarding private paediatricians, they were 281 in 2015 in region PACA, in average aged 54 years old, in which 60% of women (10). Unfortunately, our mailing-base wasn't exhaustive, however men/women proportion (0,4) of the study was consistent with official figures, considering our population was 10 years younger than

the regional population of GPs and paediatricians. We can attribute this to a selection bias, given the design of the study (online survey), which could have weighted for a recruitment of younger doctors, and those skilled in software tools, or simply people more interested in taking part in this kind of study. Moreover, doctors who voluntarily take part in this type of survey, are often the same who are more interested in its subject. GP/Paediatrician ratio was different in our study and in the general population of doctors in PACA-Region; in 2015, there was 1 paediatrician for 14 GPs (1 for 3 in our study) (10). Paediatricians overrepresentation was linked with our recruitment mode by mailing lists; indeed, paediatricians' emails were easier to get than GPs'. We can also think paediatricians were probably less requested than their GPs fellows for this kind of study and so answered more easily, as well as they could have felt more concerned about the subject as specialists. Another study's bias was linked with the declarative nature of collected answers. In fact, doctors filled in the survey on their own; they could give the answer that they thought to be expected from them, and not corresponding to their real practise, or being influenced by the shape of the survey (MCQ).

Two similar studies have been published in 2016 and 2018 in department of "Ille et Vilaine" (7,11). A same questionnaire was submitted successively to GPs and private paediatricians of this department. Like ours, it showed that doctors' knowledge about this subject was insufficient; 70,1% of GPs were unaware about what an "IP" is, 77,2% didn't know who they should send this information to. In our study, less than a quarter of doctors knew who the "IP" was destined for, and few knew a state report was to send both to the Prosecutor and the CRIP. Twenty per cent of the doctors didn't know how to forward a state report. In "Ille et Vilaine", 78% of paediatricians declared not having been trained since the 5th March 2007 law and the IP. This enhances the external coherence of our study. Indeed, in PACA-region paediatricians declared more often that

they received a special training about child abuse than GPs; they obviously benefited from a special training during their residency in paediatrics. GPs often only had during their initial training, one single course about child abuse, focused on Silverman Syndrome (5), and no additional training during residency. “Training” term in our study was questionable, as it included all possible methods (Congresses, Continuing Medical Training, Post-University Training, Personal readings...). This lack of knowledge is not only a French problem (12). Indeed, A Swedish study published in 2017 compared special trainings about child abuse among European paediatricians (13); they were required to undergo child protection training in 14 of the 22 studied countries, going from a few hours to several dedicated days. Our study complements this observation, in showing that trained doctors have more theoretical knowledge, and make better decisions thereafter in current practice, as these two scores were correlated. Doctors who took part in our study were willful and asked for more training about this subject. It would be interesting to put a regional protocol forward, to sum every step of reporting up, and to remind every possible contributor and their contact (on the model of the HAS – *Haute Autorité de Santé*, French National Authority for Health- “memo” sheet (14)). In the department of Bouches du Rhône, an information booklet containing all this information and updated contact details of child welfare services has been carried out and its distribution is ongoing now. Interactive post-university training sessions are organized regularly by different groups of doctors.

It is worth noting that in the US, the American Board of Paediatrics (ABP) has established a procedure for certification in child abuse paediatrics, and 3 years of full-time, broad-based fellowship training in child abuse paediatrics are required for fellows entering this training (15). Thus, those paediatricians are considered as full subspecialists, which any doctor could ask for expert medical advice. In France, in 2009, *Roussey et al.* (16) observed the important

“heterogeneity of abused child management”. This study occurs shortly after entering in force of the law of 5th march 2007 (1), which created the CRIP. These units were created within the Departmental Council and mandated to collect and manage the processing of preoccupying information concerning children under 18 in danger or risking to be (17). They involve various professionals, including a doctor. The law of March 2016 clarified the role of this doctor, who’s also appointed as “child protection referent doctor” in each Department (18). Besides his participation in processing of IPs with the other members of the CRIP, his mission is to advice, assist, and communicate with his fellows, as well as organizing training on the subject. He creates bonds between doctors and other child welfare partners. Our study points out a lack of knowledge about the CRIP; this one was not well identified as a major actor in child protection services. Indeed, a confusion was noticed between CRIP and PMI; before the creation of these units, doctors could send their IP directly to PMI structures. Now, these are responsible for the evaluation of these preoccupying information, transmitted by the CRIP. PMI was well identified by doctors of our study, just after hospital, as a potential resort. Its proximity, its longer existence, and its direct means of action are surely roots for this observation.

In our study, doctors didn’t really know how to define a “child in danger”. This definition includes children victims of ill-treatment (physical, sexual, psychological abuse, neglect) altering seriously their physical and psychological development. Obviously, these children require a state report. However, this definition refers also to children at risk to be abused, whose living conditions may compromise their health/security/morality/education. There are risk factors of child abuse, or rather “indicators of risk”, which can usually be collected with a precise patient interview. They are worth being known, because they can, when noticed, allow to take pre-emptive actions and provide material, educational, psychological support. In our study, the

corresponding scores were quite average, especially at the question concerning the child's environment, and the one about his own characteristics. Doctors aged under 43 had better knowledge about these, but they were also those who feared the most to be mistaken about the diagnosis. These risk factors should not, as have expressed "non-trained" doctors in our study, be a hindrance by their absence. The IP's content has to reveal "any part, including medical ones, likely to raise doubts on a child being in a situation of danger, and needing of help, whether these facts are observed or heard, whether there are worries about one's behaviour with a child" (19). No more than a quarter of doctors in our study were aware of this. However, according to this definition yet, they don't need to be sure about what they suspect to write and transmit an IP. The CRIP is in charge to investigate the case which raised doubts into this doctor. An IP, even if not substantiated, will leave a mark, and could provide support, if there is one, the next. An American study showed that, on 378 children with initially unsubstantiated reports, 81% were re-reported, of which almost two thirds were substantiated (20).

Beyond their content, in our study IP and State reports were often misdirected; by ignorance of the right addressee, or by lack of knowledge about how to transmit it. The CRIP is reachable during business hours, by any of those means: phone, fax, email or mail. Transmission of an IP goes through one of these written means. A state report is to send both to the Prosecutor and to the CRIP, by mail, email or fax: it is also strongly recommended to make a phone-call to the Prosecutor or his substitute, in case of need of an emergency measure (request of an order of placement), to ensure the arrival of the report. The 119-hotline is empowered to transmit an IP to the CRIP, for a third person. It is true that an IP initially sent to the Prosecutor can be redirected to the CRIP, and vice-versa. Moreover, the misidentified addressee services of these reports are

likely to redirect their authors. However, this can be a loss of precious time and information, which can hold up the setup of means to help and protect the child.

Another hindrance that has been noted, is the fact that doctors almost never received feedback about their action, in order to know if it was meaningful; as a comparison, they would most of the time receive a letter/report for a child addressed to a specialist. However, a systematic feedback is given by the CRIP to every author of a substantiated IP; it is nevertheless difficult for the unit itself, to follow up every final decision made by the department social welfare after the evaluation period. The same happens with State reports, which outcomes are various, and delegated to different services. It could be each doctor's initiative to send for news of a situation; communication between different child welfare services has then to be streamlined.

Doctors' major resort about child abuse issues in this study, was the hospital. Most of the great European hospitals have a multidisciplinary child protection team (paediatricians, paediatric surgeons, forensic doctors, psychologists...) (13). The Inter-ministerial Mobilisation and Combatting Plan Against Violence Towards Children (21) stipulates in its measure n°11, the appointment of a "child protection referent doctor" in each hospital which has an inpatient paediatric ward. This one is trained and meant to be a local adviser for child in danger situations; within the hospital where he works, and for all private doctors around. These doctors are volunteer, and sometimes already exist, just like the dedicated team from La Timone Enfants Hospital, or so called "forensic units" in other hospitals. A collaborative work between these different referent doctors and the doctor of the CRIP in the department is essential. This territorial network facilitates the search for help for any healthcare professional facing a child in danger situation, as well as it enables the organization of training sessions wished by the professionals.

5. Conclusion

This study highlights doctors' the lack of knowledge, and their sometimes-inappropriate practices, towards child in danger situations. Their initial training is obviously insufficient on that subject, and could be completed by additional theoretical training, for all doctors having to deal with children. This training will improve doctors' practices in front of child a child abused or in risk to be.

6. Conflicts of interest

The authors have no conflict of interest to declare

7. References

1. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
2. ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance). Chiffres clés en protection de l'enfance. 2018 janv. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf
3. Carine FRANC, Marc LE VAILLANT, Sophia ROSMAN, Nathalie PELLETIER-FLEURY. La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites. Aout 2007;n°588.
4. Patrick BOUET. Atlas de la démographie médicale en France: profils comparés 2007/2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 janv.
5. Anne Tursz. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. 2014. Disponible sur: <http://www.cnape.fr/>
6. Observatoire Départemental de prévention et de protection de l'enfance de la Manche. RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 2015. 2016.

7. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. Arch Pédiatrie. janv 2016;23(1):21-6.
8. Gignon M, Manaouil C, Verfaillie F, Garnier C, Paupière S, Jardé O. Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? Presse Médicale. 2009;38(3):344-5.
9. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. J Adv Nurs. 2006;56(3):227-36.
10. Gwénaëlle LE BRETON- LEROUVILLOIS, Jean-François RAULT. La démographie médicale en région PACA: situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. Report No.: 4. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf
11. Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, et al. Évaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance. Arch Pédiatrie. 2018;25(3):207-12.
12. Li X, Yue Q, Wang S, Wang H, Jiang J, Gong L, et al. Knowledge, attitudes, and behaviours of healthcare professionals regarding child maltreatment in China. Child Care Health Dev. 2017;43(6):869-75.
13. Otterman G, Jalsenius M, Maguire S, Sarkadi A, Janson S. Paediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organisational variations across Europe. Acta Paediatr. 2017;106(7):1110-7.
14. HAS. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
15. Child Abuse Pediatrics Certification. The American Board of Pediatrics. 2014. Disponible sur: <https://www.abp.org/content/child-abuse-pediatrics-certification>
16. Roussey M, Balençon M, Suissa P. Le rôle et la place de l'hôpital dans la protection de l'enfance. Arch Pédiatrie. 2009;16(3):217-9.
17. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-3. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
18. Code de l'action sociale et des familles - Section VI: Médecin référent « Protection de l'enfance ». Code de l'action sociale et des familles, Article D221-25. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
19. Ministère de la santé et des solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Disponible sur: <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>

20. Jedwab M, Harrington D, Dubowitz H. Predictors of substantiated re-reports in a sample of children with initial unsubstantiated reports. *Child Abuse Negl.* 1 juill 2017;69:232-41.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Premier plan triennal de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants. 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/plan-interministeriel-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites>

8. Appendix

Figure 1: Flow chart of the study

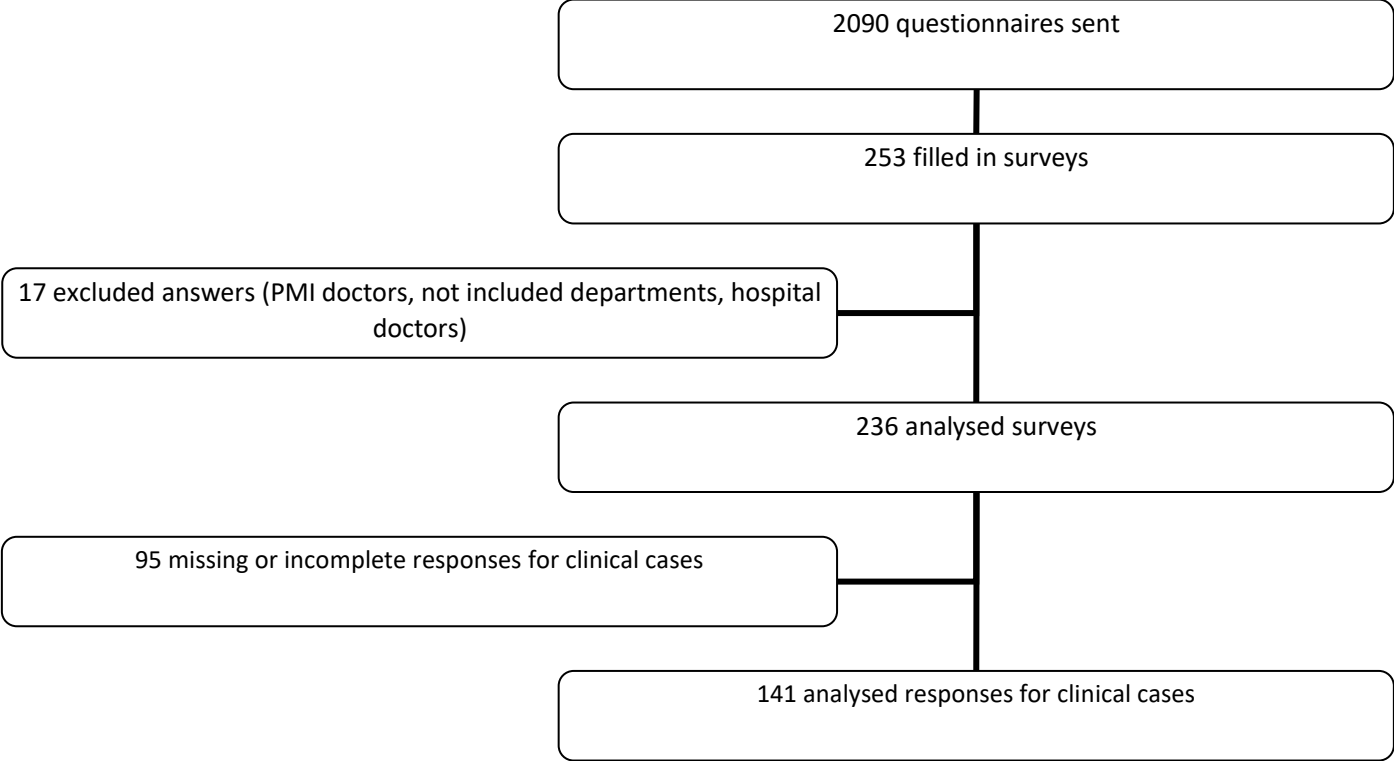


Table 1: Characteristics of the answering doctors

Characteristics	General Practitioners (n=176)	%	Paediatricians (n=60)	%	Total (n=236)	P
<i>< 43 years old</i>	107	60,8	13	21,7	120	<0.001
<i>> 43 years old</i>	69	39,2	47	78,3	116	
<i>Women</i>	120	68,2	40	66,7	160	NS
<i>Men</i>	56	31,8	20	33,3	76	
<i>< 10 years of practice</i>	105	59,7	24	40	129	< 0.05
<i>> 10 years of practice</i>	71	40,3	36	60	107	
<i>04 - Alpes de Haute Provence</i>	17	9,7	4	6,7	21	
<i>05 - Hautes Alpes</i>	16	9,1	0	0	16	
<i>13 - Bouches du Rhône</i>	94	53,4	43	71,7	137	
<i>83 - Var</i>	27	15,3	11	18,3	38	
<i>84 - Vaucluse</i>	22	12,5	2	3,3	24	
<i>Had a special training - No</i>	119	67,6	11	18,3	130	< 0.001
<i>Had a special training - Yes</i>	57	32,4	49	81,7	106	

(NS: Non-significative)

Table 2: Resorts of study doctors facing a situation of a child in danger, whether they had or not already experienced this situation

	<i>Have ever faced this situation (n=130)</i>	<i>%</i>	<i>Have never faced this situation (n=106)</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
<i>Hospital :</i>	64	60,4	65	50	NS
<i>PMI</i>	58	54,7	54	41,5	0,03
<i>CRIP</i>	48	45,3	36	27,7	0,004
<i>Praxis colleague</i>	52	49,1	37	28,5	0,0001

(*PMI : Protection Maternelle et Infantile; CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes ; NS: Non-significative*)

Table 3: Hindrances in steps to social services cited by the doctors, whether they had or not already experienced this situation

	<i>Have ever faced this situation (n=130)</i>	<i>%</i>	<i>Have never faced this situation (n=106)</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
<i>Uncertainty about diagnosis</i>	70	66	43	33,1	113	0,000
<i>Fear of impact for oneself</i>	13	12,3	13	10	26	NS
<i>Fear of impact for the child</i>	30	28,3	30	23,1	60	NS
<i>Not knowing how to draft the writing</i>	13	12,3	17	13,1	30	NS
<i>Lack of time</i>	6	5,7	3	2,3	9	NS
<i>No risk factor</i>	26	24,5	6	4,6	32	0,000
<i>Trust relation with parents</i>	16	15,1	13	10	29	NS
<i>Gap in knowledge about steps to accomplish</i>	38	35,8	27	20,8	65	0,008
<i>Troubles reaching competent authority</i>	-	-	8	6,2	8	0,008
<i>No feedback from social services</i>	-	-	28	21,5	28	0,000
<i>None</i>	11	10,4	24	18,5	35	0,059

(NS: Non-significative)

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.

