HAL open science

Enfance en danger : exploration de la limite entre prévention et protection auprès d'internes en médecine générale. Enjeux éthiques

Lisa Calvino

To cite this version:

Lisa Calvino. Enfance en danger : exploration de la limite entre prévention et protection auprès d'internes en médecine générale. Enjeux éthiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03366280

HAL Id: dumas-03366280

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03366280v1

Submitted on 5 Oct 2021

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

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Enfance en danger : exploration de la limite entre prévention et protection auprès d'internes en médecine générale. Enjeux éthiques

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Septembre 2021

Par Madame Lisa CALVINO

Née le 8 juillet 1994 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange	**Directeur**
Monsieur le Docteur FAVIER Philippe	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Enfance en danger : exploration de la limite entre prévention et protection auprès d'internes en médecine générale. Enjeux éthiques

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Septembre 2021

Par Madame Lisa CALVINO

Née le 8 juillet 1994 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange	**Directeur**
Monsieur le Docteur FAVIER Philippe	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

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	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
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 détachement
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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

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

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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) Surnombre

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
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*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

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

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

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

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

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

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

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

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (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)
NGYUEN Karine (PU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND 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)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

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*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

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

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

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

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE *16*

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

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

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-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)

PHILOSOPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

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

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

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

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
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

A Monsieur le Professeur François POINSO,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider la soutenance de ma thèse. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur Marie-Ange EINAUDI,

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre réactivité, vos conseils, votre soutien, votre franchise et votre gentillesse. Grâce à vous, je suis fière de mon travail. Merci du fond du cœur.

A Monsieur le Docteur Philippe FAVIER,

C'est non sans émotion que je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de m'avoir accompagné dans ma formation professionnelle, notamment en pédiatrie. J'admire le médecin que vous êtes ainsi que la compassion et la bienveillance avec laquelle vous m'avez accueillie et encadrée.

Aux internes interrogés,

Merci pour votre disponibilité et le temps que vous m'avez accordé. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

A toutes les médecins et équipes paramédicales, grâce à qui j'ai pu être formée et accompagnée.

A maman, Quentin et Thomas, d'avoir relu et de m'avoir aidé à faire de cette thèse un travail abouti.

A ma famille…

A ma *Maman*, merci de m'avoir soutenue tout au long de ces années. Merci d'avoir été l'oreille attentive qui m'a entendu rire, pleurer, râler. Merci pour tout l'amour et le réconfort que tu m'as apporté. Tu es un modèle pour moi.

A mon *Papa*, sans qui tout ça n'aurait jamais été possible. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices que tu as fait pour Raphaël et moi. Je n'oublierai pas non plus tous les fous rires que tu as eu, quand je te racontais mes histoires en stage. Ton rire restera gravé dans ma mémoire. Aucun mot n'est assez fort pour vous dire combien je vous aime et combien je suis fière que vous soyez mes parents. Vous m'avez toujours poussé à viser plus haut. C'est grâce à vous deux que j'en suis là.

A *Raphaël*, mon frère, mon jumeau. Je t'aime au-delà des étoiles. Merci pour tous les souvenirs, les conneries, toutes les fois où tu m'auras fait « glousser comme une dinde » comme dit papa. Je ne pourrais jamais expliquer le lien qui nous unit. Il est et sera toujours immuable. Je suis fière de l'homme que tu es. Et à toi Pauline, que j'adore.

A mon grand frère, *Benoit*. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi. Merci de m'avoir donné une nièce magnifique et adorable. Je vous aime toi, Marie, et Lola.

A ma *Mamie Maria*, aucun mot n'existe pour dire à quel point je t'aime. Tu es l'un de mes piliers. Merci pour tous les petits plats réconfortants que tu m'as faits, merci pour toutes les histoires que tu m'as raconté 100 fois, mais qui, 100 fois, m'ont fait m'évader.

A mon *Papi Raphaël*, je sais combien tu étais fier de moi, « Marguerite ». Tu me manques, toi et tes bêtises. Je sais que tu es là, à veiller sur nous et sur mamie.

A mon *Papi Benoit*, merci d'avoir cru en moi et de toujours me faire rire avec les histoires de ta jeunesse, ou celles de papa. A Josiane, qui s'occupe bien de toi.

A ma *Mamie Lucette*, j'aurai tant souhaité voir la femme que tu étais. Je sais que tu as toujours été présente, tu es mon ange gardien.

A *Tatie et Raoul*, merci pour tous ces moments en famille qui m'ont réchauffé le cœur,

A Inès et Adrien, mes cousins d'amour avec qui j'ai des souvenirs d'enfance fantastiques. A vos moitiés et à *Théodore*.

A *Angela et Christian*, maman et papa n'aurait pas pu choisir meilleurs parrain et marraine que vous, A mamie Conchi, ma « troisième mamie »

A *Cathy* et *Jean-Paul*, merci pour votre présence de toujours et votre bienveillance,

A *Maxime*, tata *Marcelle*, A *Bruno*, A *Vyckie* et *Brutus*.

A mes amis…

A *Thomas*, mon meilleur ami, mon frère. Du plus loin que je me souvienne, tu as toujours été là. Merci pour tous les souvenirs, les vacances, les festivals, les fous rires, tes histoires sorties de nulle part, tes nouvelles lubies, les snaps quotidiens qui me tuent de rire et merci aussi d'avoir été là dans les moments difficiles. Merci d'avoir été là à chaque étape de ma vie et de t'être libéré pour moi pour ma thèse. Je t'admire tellement. Je souhaite à nos enfants de connaître l'amitié qui nous lie. A *Sabine* et *Stéphane*, que j'adore. A ta *Juju*, avec qui je sais que vous aurez de superbes enfants.

A mon *Florian* National, le plus grand geek que la terre ait connu, et que j'aime aussi comme mon frère.

A *Morgane* et *Doriana*, le destin vous a mis sur ma route et je sais que ce n'est pas par hasard. Tout ça grâce à une paire de talons, qui l'eu cru. Vous êtes devenues ma famille, mes piliers. Merci pour votre soutien infaillible, merci pour avoir débarqué par surprise tant de fois, merci pour les fous rires, pour nos escapades à Port Camargue, nos week-ends de folie, nos soirées, nos confidences et nos conversations inutiles qui pourraient durer toute la nuit. Merci d'être restées mes amies malgré mes milliards de retards. Sans vous je ne sais pas ce que je ferai. Vous êtes des p'tits bouts de femme incroyables, magnifiques, plein de rêves et d'ambition.

Au groupe de la *Kekette à Jack*, dont le mystère du nom viendra interroger les curieux. Je vous aime tellement. Avec vous la vie est colorée, épicée, assumée, joyeuse et surtout festive.

Vous m'avez tellement apporté. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous. Sauf quand on joue au Cambio.

A *Marie*, mon binôme, celle avec qui j'ai TOUT partagé. Je ne sais pas ce que j'aurai fait sans toi. Tu as été mon exemple, mon soutien. Chaque jour passés avec toi aura été ma bulle d'oxygène. Toutes tes péripéties auront bien animé nos journées.

A *Aurore*, merci pour ta douceur et ta bienveillance. Que la Mylène Farmer qui est en toi ne s'éteigne jamais.

A *Clémence*, merci pour tous les fous rires que tu m'as donnés, et surtout merci pour l'aide que tu m'as apporté dans ce travail.

A *Aimeline*, merci pour tous les moments que l'on a partagés, et ceux à venir. J'admire la maman que tu es. Ton petit *Jules* ne peut pas rêver meilleure maman.

A vos moitiés, *Anthony*, *JB*, *Julien* et *Hugo*.

Au groupe des *Petits Lapins de Transylvanie*, encore un nom à coucher dehors mais rempli d'amis en or.
A *Flo* et *Sam*, merci d'être là depuis tant d'années. Vous pouvez être fiers de votre famille magnifique.
Au *Couz* et *Clem*, merci pour votre présence, pour ces soirées, ces journées jeux, ces parties totalement inéquitables de contrée. Mais c'est pas grave, je vous aime. Vous allez devenir de fabuleux parents.
A *Johanna*, merci pour toutes les anecdotes de stage que l'on s'est raconté, merci de toujours avoir suivi avec attention l'avancée de mes études.
A *Poulpy*, *Laura*, *Chinois*, *Laure*, *Kevin*, *Laurent*, *Alicia*, *Johan*.

A ma deuxième Famille… La *Famille Greffioz*, ma famille de substitution.
A *Martine*, merci pour tous vos conseils, merci de m'avoir ouvert l'esprit à une spiritualité que je ne connaissais pas, merci de m'avoir ouvert les bras et accueillie comme un membre de la famille.
A *Alexandra*, merci pour ta douceur, les séances d'ostéo, tes pâtisseries réconfortantes
A *Yolaine*, merci pour ta joie de vivre, ta gentillesse, tous tes gâteaux que tu ne rates « jamais »
A *David*, pour tes bons petits plats, tes blagues nulles et pour toute l'aide que tu nous as apporté ces derniers mois,
A *Kenny*, qui toi seul peut concurrencer l'appétit et les blagues nulles de David,
A *Gwen* et *Raphaël*. A *Gaby* et *Angèle*.
A votre *Mamie Jacqueline*. A votre *Mamie Simone*, et votre *Papi Jacques*.
A *Daniel*, vous resterez pour toujours dans mon cœur. Vous étiez la personne la plus gentille que j'ai connu, et un papa extraordinaire. Vous nous manquez chaque jour.

Et enfin, à mon *Doudou*. *Quentin*, mon amour,
Je remercie le ciel de t'avoir rencontré. Et je me remercie moi, de t'avoir dragué. Merci pour ta patience pendant ces longues années. Merci d'avoir tenu la promesse que tu m'as faite le premier jour, celle de rester auprès de moi et de m'épauler. On a traversé ensemble l'enfer et le paradis. Tu as été mon moteur, mon oxygène. Tu m'as permis de devenir la meilleure version de moi-même. On a fini de compter les p'tits didis. Maintenant c'est toi et moi, pour la vie. Pour VIVRE. Je t'aime.

« *L’enfance, c’est le moment le plus intense de la vie* ».

Jacques-Yves Cousteau

Table des matières

I. Avant-propos ... 3

II. Introduction ... 4

1. L'enfance en danger : prévention et protection ... 4
   a. Généralités ... 4
   b. Définitions ... 5
   c. Cadre règlementaire ... 6
   d. Droits et devoirs du médecin ... 9
   e. Stratégie nationale actuelle de prévention et protection ... 10
2. L'organisation départementale ... 13
   a. La PMI ... 13
   b. La CRIP ... 14
   c. Le SNATED ou 119 « Allô enfance en danger » ... 17
3. La formation des internes en Médecine Générale ... 18

III. Matériel et Méthode ... 19

1. Type d'étude ... 19
2. Choix de la population ... 20
3. Mode de recrutement ... 20
4. Recueil et analyse de données ... 21
   a. Élaboration de la grille d'entretien ... 21
   b. Thèmes abordés dans la grille d'entretien ... 21
   c. Réalisation des Focus Group ... 21
   d. Retranscription des Focus Group ... 22
   e. Méthode d'analyse des données ... 22

IV. Résultats ... 23

1. Recrutement et caractéristiques de la population ... 23
2. Perceptions de l'enfance en danger ... 24
   a. Représentations de l'enfance en danger par les internes ... 24
   b. Place du médecin généraliste dans la problématique de l'enfance en danger ... 25
   c. Visualisation des autres intervenants de l'enfance en danger par les internes ... 28
3. Représentations du repérage, prévention et protection de l'enfance en danger ... 31
   a. Repérage et difficultés ... 31
   b. Représentations et vécus vis-à-vis de la prévention de l'enfance en danger ... 34
   c. Représentations et vécus vis-à-vis de la protection de l'enfance en danger ... 38
4. Exploration de la limite entre prévention et protection ... 42
   a. Représentations de la limite ... 42
   b. Où placer la limite ? ... 43
   c. La protection résulte-t-elle d'un échec de prévention ? ... 45
5. Enjeux éthiques ... 47
6. Exploration de la différence de formation : vécu selon les deux groupes ... 52
   a. Ressentis vis-à-vis de la formation théorique ... 52
   b. Évaluation de l'apport du stage en PMI ... 54
   c. Pistes d'améliorations évoquées par les internes ... 55

V. Discussion *56*

1. **Forces de l'étude** **56**

2. **Limites de l'étude** **57**

3. **Résultats principaux** **58**
   a. **La limite entre prévention et protection** 58
   b. **Les enjeux éthiques** 60
   c. **Formation et exploration de la plus-value du stage en PMI** 62

4. **Perspectives** **64**
   a. **Nécessité d'amélioration de la connaissance des services de protection de l'enfance et des interactions avec le MG** 64
   b. **Mieux connaître les modalités de rédaction et de transmission de l'IP ou du signalement** 65
   c. **Différences de perceptions de l'enfance en danger entre pédiatres et MG** 66

VI. Conclusion *67*

Bibliographie *69*

Annexes *75*

Annexe n°1 – Grille d'entretien **75**

Annexe n°2 – Grille COREQ **77**

Annexe n°3 – Représentation des résultats **80**

Abréviations *82*

I. Avant-propos

L'enfance est une période déterminante de la vie pendant laquelle chaque jour constitue une étape de construction.
Le développement de l'enfant commence dès sa conception et nécessite des paramètres indispensables à son bon déroulement. Celui-ci sera capital pour le restant de sa vie.

Cependant, il s'agit également d'une période de grande vulnérabilité durant laquelle l'enfant peut être victime de dangers, de négligences ou de maltraitances.
Actuellement, on compte près d'un enfant sur dix qui serait négligé ou maltraité dans les pays à haut niveau socio-économique (1).
Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique qui s'inscrit dans une actualité politique et sociétale, dans laquelle on s'intéresse de plus en plus à toutes formes de violences, qu'elles soient conjugales, sexuelles ou infantiles.

Les conséquences peuvent intéresser toutes les phases du développement psychomoteur de l'enfant et induire des troubles physiques et psychologiques irréversibles.

Le repérage précoce est donc indispensable pour prévenir au mieux les potentielles répercussions.

Pour nous, médecins, il est primordial de savoir repérer et agir dans une situation de danger ou de risque de danger. Cela fait partie de nos qualifications et de nos devoirs selon le code de Déontologie Médicale (2).
Pour intervenir de manière optimale dans cette prise en charge, il semble pertinent de s'intéresser à la formation des médecins généralistes.

Mais, notre formation nous permet-elle d'avoir toutes les cartes en main pour pouvoir prévenir, repérer et orienter vers des mesures de prévention ou de protection face à ces situations à risque ?

Durant notre formation, nous sommes amenés à réaliser un stage en pédiatrie. Celui-ci peut se dérouler au sein d'un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), où le sujet de l'enfance en danger est fréquemment abordé.
La PMI est un service placé sous l'autorité du Conseil Départemental. Elle permet une prise en charge médico-sociale en vue d'assurer la protection de la mère et de l'enfant (3).

La formation dans cette structure peut-elle influencer la capacité des futurs médecins généralistes à intervenir dans les situations de danger ou de risque de danger ?

Les internes en médecine générale n'ayant pas réalisé de stage dans ce type de structure répondront-ils de la même façon en vue d'assurer les besoins fondamentaux de l'enfant lorsque celui-ci est exposé à un danger ?

De plus, comment se positionner dans les situations limites, entre prévention et protection ?

II. Introduction

1. L'enfance en danger : prévention et protection

a. Généralités

Il n'existe à ce jour que peu de données épidémiologiques précises sur l'enfance en danger.
Quelques reflets sont identifiables, comme les estimations faites par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) (4)(5) sur la base d'indicateurs tels que le nombre de mineurs suivis en protection de l'enfance, ceux ayant fait l'objet de la saisine du juge des enfants, le nombre de mineurs décédés de façon violente au sein de la famille ou encore les dépenses départementales en protection de l'enfance.
Une autre source permet de refléter certains résultats. Il s'agit des chiffres transmis par le Ministère de la Justice (6).
On remarque par exemple, une constante augmentation ces dernières années de la saisine du juge des enfants (+5,1% en 2018) et de la mise en place de mesures individuelles (+1,2% en 2018).

Enfin, un indicateur indirect témoigne d'un vrai problème populationnel : les dépenses en terme de protection de l'enfance qui s'élevaient à presque 8 milliards d'euros pour le territoire français en 2017 (5).

L'enfance en danger est un enjeu majeur de santé publique. Autant par l'importance du phénomène que par les conséquences susceptibles d'être engendrées.

Le médecin généraliste (MG) est un acteur déterminant de la prévention dans tous les domaines. Il l'est d'autant plus dans ce cadre puisqu'il a le rôle du médecin de famille et qu'il est parfois le seul acteur de la santé de l'enfant en âge préscolaire. Il peut intervenir aussi bien dans les aspects de la prévention que de la protection, dès la conception, et durant toute la croissance de l'enfant.

Cependant, le Bulletin d'information de l'Ordre des médecins stipule qu'en 2015, les professionnels de santé ne représentent que 6% des déclarations à la CRIP, et les médecins libéraux seulement 1% de ces déclarations (7).

b. Définitions

Selon le code civil, « *un enfant est en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* » (8).

L'Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS) stipule également que cette définition englobe « *tout mineur ou jeune entre 18 et 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou de la justice* » (9).
En Janvier 2015, cet organisme a tenté de caractériser l'enfance en danger et a scindé sous ce terme les enfants en risque de danger et les enfants maltraités.

L'enfant maltraité est défini comme celui « *victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* » (9).

L'enfant en risque de danger est celui qui « *connait des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité* » (9).

L'enfance en danger regroupe ainsi tous les enfants nécessitant une intervention administrative ou judiciaire.

Ces définitions ont permis d'apporter de la clarté et de la cohérence dans la prise en charge des enfants en danger afin de mettre en place des mesures de prévention ou de protection adaptées.
C'est cette classification qui est utilisée largement dans les Conseils Départementaux.

c. Cadre règlementaire

Selon le Code de l'action sociale et des familles, la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits (10).

Depuis quelques années, le cadre règlementaire autour de la protection de l'enfance a évolué considérablement.

Un des objectifs de la loi du 5 Mars 2007 (11) est le renforcement de la prévention avec l'apparition du premier texte législatif proposant une définition de la protection de l'enfant, et le renforcement du suivi médical et des actions de prévention médico-sociales à domicile ou à l'école. On voit apparaître par exemple l'obligation de l'entretien psychosocial lors du 4ème mois de grossesse, ou encore un bilan de santé en milieu scolaire pour tous les enfants entre 3 et 4 ans.

Le deuxième objectif est l'amélioration du dispositif d'alerte, de signalement, et d'évaluation des informations préoccupantes (IP). Ainsi, une Cellule de Recueil de l'Information Préoccupante (CRIP) a été créée dans chaque département pour organiser le recueil, le traitement et la transmission de ces IP.

Le Président du Conseil Départemental va également jouer un rôle clé puisqu'il devient un acteur phare dans l'élaboration de protocoles avec l'autorité judiciaire, les services de l'État et les partenaires institutionnels. Il devient le responsable de la protection de l'enfance.
Dans chaque département sont créés des Observatoires Départementaux de Protection de l'Enfance (ODPE), sous l'autorité du Président du Conseil Départemental, en lien avec l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED).
Ces instances ont pour vocation de recueillir et d'analyser les informations relatives à l'enfance en danger, et de suivre et d'organiser la politique de protection de l'enfance dans le département.

Le troisième objectif de cette loi est de diversifier les modes d'intervention en créant notamment des modalités d'accueil des enfants. Cela vient compléter les interventions à domicile ou placements, tout en restant centré sur l'intérêt de l'enfant et en essayant de renforcer le lien avec les parents.

La loi du 14 Mars 2016 (12) vient compléter celle de 2007 sur la base des constatations faites. Elle permet un renforcement de certaines mesures déjà mises en place et introduit de nouveaux acteurs tels que le médecin référent protection de l'enfance, dont les missions sont fixées par décret. Il est chargé notamment d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la CRIP d'une part, ainsi que les médecins libéraux, hospitaliers et scolaire d'autre part. Il a aussi un rôle dans l'amélioration du repérage par la formation, l'accompagnement et la coordination avec le secteur médical (13).

La loi prévoit également un meilleur accompagnement des enfants issus d'une prise en charge par l'ASE ou la protection judiciaire. Elle met en place des partenariats pour les jeunes de 16 à 21 ans, afin qu'ils puissent prétendre à « *une réponse globale en matière éducative, culturelle, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi, et de ressources*. » (14)

Un des enjeux de cette nouvelle loi est également l'obtention de données épidémiologiques fiables en termes d'enfance en danger. Cela permettra d'orienter la stratégie politique nationale.

Ainsi les instances déjà en place se voient modifiées ou attribuées de nouvelles missions :

- L'ONED devient ainsi l'ONPE.
- L'ODPE, lui, se voit attribuer des missions de formations continues des professionnels de la protection de l'enfance.

Ces institutions ont une composition pluri-institutionnelle fixée par décret.
Une nouvelle instance est également créée : le Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE), placé auprès du Premier Ministre et présidé par la Ministre des solidarités et de la santé. Ses objectifs sont entre autres de proposer au gouvernement l'orientation politique concernant la protection de l'enfance, de l'assister, d'émettre des recommandations en termes de formation des professionnels de la protection de l'enfance (14).
Ainsi l'État reprend une place centrale dans cette problématique.

Deux projets de loi ont également été adoptés à l'Assemblée Nationale durant l'été 2021.
La proposition du 16 Juin s'appuie sur les constats faits par les acteurs de la protection de l'enfance et a pour objectif de (15):

- *« Mieux protéger les enfants contre les violences,*
- *Améliorer le quotidien des enfants protégés, que ce soit en termes d'accueil ou d'accompagnement,*
- *Améliorer les garanties procédurales au bénéfice des enfants,*
- *Mieux piloter la politique de prévention et de protection de l'enfance ».*

Celle du 13 Juillet vise à faciliter la transmission d'une information qui semblerait préoccupante, en informant mieux sur les démarches à entreprendre et les personnes à contacter. Elle vise également à rendre plus rapide et efficiente la réponse apportée par les services concernés, en amélioration la rapidité de cette réponse et la coordination des acteurs de la protection de l'enfance (16).

d. Droits et devoirs du médecin

Les médecins sont des acteurs à part entière de l'enfance en danger. Comme dit plus haut, cela fait partie des qualifications et des devoirs du médecin selon le code de Déontologie Médicale (2).

Cependant, le médecin est soumis au secret professionnel. C'est un des devoirs généraux du médecin (17). « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » selon le code de la santé publique (18). En cas de divulgation d'information à caractère secret, le médecin peut être soumis à des sanctions pénales et disciplinaires (19).
Toutefois, il existe des situations où le secret médical est levé. C'est notamment le cas lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger. Son accord n'est pas nécessaire pour effectuer un signalement (20)(21). Ce cas de figure est encadré par le Code de l'Action Sociale et des Familles et par le Code Pénal (22).

A titre individuel, cela représente même une obligation comme l'énonce l'article 434-3 du Code Pénal qui prévoit que toute personne ayant connaissance de privations, de mauvais traitements, d'agressions ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur s'expose à des sanctions d'ordre pénal s'il n'informe pas les autorités judiciaires ou administratives (23).

Les quatre conditions pour partager une information à caractère secret dans un contexte d'enfance en danger sont (24) :

- Le partage d'information doit se faire exclusivement entre des personnes participant ou apportant leur concours à la même mission de protection de l'enfance,
- Il doit avoir pour objectif d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre des actions de protection et d'aide,
- Il doit être limité aux informations strictement nécessaires à ce qu'implique la mission de protection,
- La personne qui souhaite partager l'information doit informer au préalable les représentants légaux, sauf intérêt contraire de l'enfant.

e. Stratégie nationale actuelle de prévention et protection

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) stipule que le bien-être de l'enfant est la satisfaction de ses besoins matériels, physiques, éducatifs, ainsi que de ses besoins d'affection et de sécurité (25).

Ce postulat est soutenu par la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (26), énonçant tous les besoins fondamentaux de l'enfant. Ceux-ci sont au service de son développement et de son bien-être. En revanche, certains de ces besoins peuvent être mis à mal dans le cadre de la protection de l'enfance. Il existe donc des besoins spécifiques en protection de l'enfance, notamment en termes de sécurité ou d'affection.

Ce rapport, établi en 2017, vise à mieux comprendre les besoins spécifiques en protection de l'enfance, améliorer le repérage et le suivi de l'enfance en danger ou en risque de danger et développer la prévention. Le rapport sous-tend déjà que la pierre angulaire de ces objectifs est l'amélioration de la formation de tous les acteurs de la protection de l'enfance pour optimiser l'évolution des pratiques.

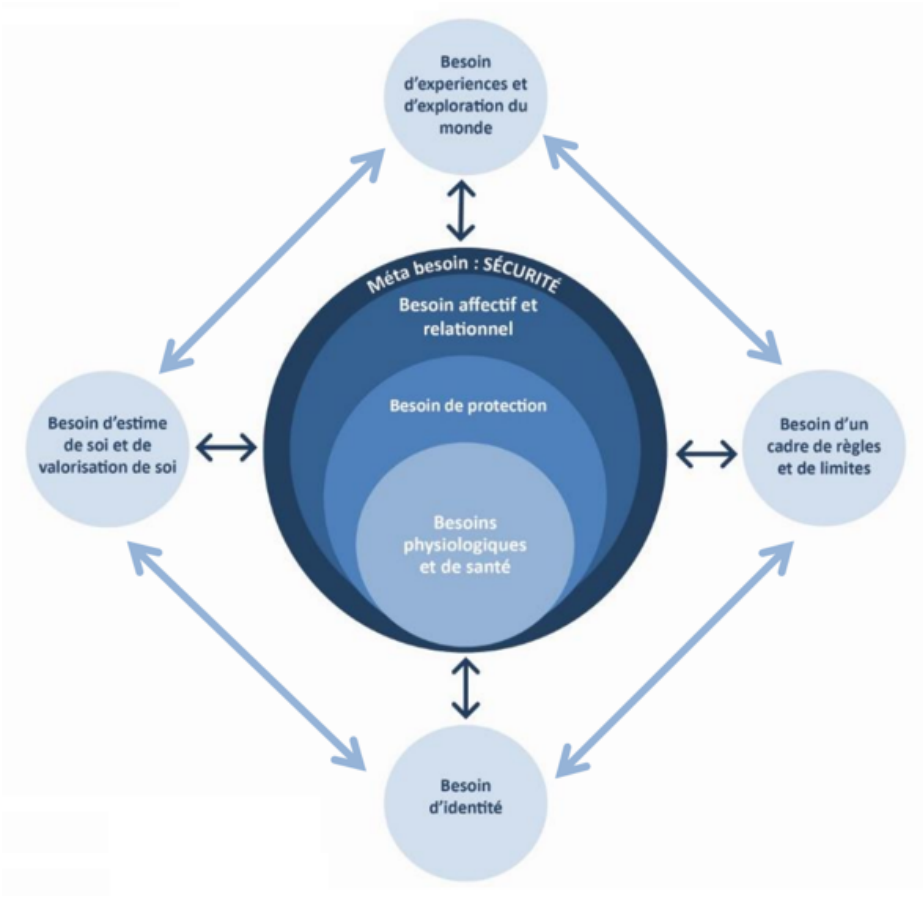


Figure 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant.

(*Source : Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* (26))

C'est dans ce contexte qu'a été élaborée une stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance par le Secrétaire d'État auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé, Adrien Taquet : c'est un des piliers du pacte pour l'enfance (27).

Le deuxième pilier s'inscrit dans une stratégie préventive avec le Rapport des 1000 Premiers jours (28).

Cette période, qui débute dès la période anténatale, et ce jusqu'aux 2 ans de l'enfant, est déterminante dans son développement : plus de 200 000 connexions neuronales s'établissent par minute (29).

Il vise ainsi à garantir le développement de l'enfant en permettant des interventions précoces qui, mêmes mineures, seront alors plus efficaces en : optimisant le parcours des parents, en leur proposant un accompagnement et une écoute durant la grossesse puis à domicile, une préparation à la parentalité, un dépistage et un suivi précoce en cas de troubles neuro-développementaux. Il s'attache également à prévenir l'épuisement parental.
Ce programme s'adresse à toutes les familles en intégrant également un plan d'accompagnement pour les parents en situation de grande précarité ou de handicap. Il s'oblige à répondre aux fragilités ou spécificités de chaque famille.

Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants figure comme le troisième volet de ce pacte pour l'enfance. Il est axé sur la protection (30). Les 22 mesures éditées s'inscrivent dans une volonté de renforcer la prévention dans le domaine scolaire, sportif ou familial et sur toutes les formes de violences. Ce plan promet également d'agir, en renforçant les moyens du 119, numéro d'appel de l'enfance en danger, les CRIP, la coopération entre professionnels de terrain ou encore la répression contre les auteurs condamnés.

De plus, la HAS a également édité des recommandations de bonnes pratiques en Janvier 2021 (31). C'est le premier cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou en risque de danger. Ses objectifs sont :

- « *D'améliorer la qualité de l'évaluation des IP pour faciliter la prise de décision sur les suites à donner,*
- *Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire pour permettre une équité de traitement pour les enfants/adolescents et leurs familles.* »

2. L’organisation départementale

a. La PMI

Le centre de Protection Maternelle et Infantile est un service pluri-professionnel, placé sous l’autorité du président du Conseil Départemental. La PMI peut se trouver au sein d’une Maison Départementale de la Solidarité (MDS) ou être une antenne de celle-ci.
Ces services ont été créé en 1945, initialement pour lutter contre la mortalité infantile, à la suite d’un hiver meurtrier (32).

Aujourd’hui, diverses missions leur sont octroyées, visant à protéger la mère et l’enfant de moins de 6 ans (33) notamment par la prévention et l’accompagnement médical, psychologique, social, et l’éducation. Elles jouent également un rôle dans le dépistage et le suivi des handicaps.

Par exemple, les PMI du département des Bouches du Rhône réalisent ces actions de consultation préventive pédiatrique et gynécologique, des consultations de puériculture, des séances de vaccination, des bilans en école maternelle.
La PMI surveille et contrôle les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et contrôlent, surveille et accompagne les assistants maternels.
Dans une PMI on peut ainsi retrouver des médecins, auxiliaires de puériculture, des infirmiers, des sages-femmes, des psychologues, des éducateurs de jeunes enfants (EJE), une conseillère conjugale et familiale, des assistantes sociales ou encore une conseillère en économie sociale et familiale. On retrouve parfois des diététiciens, psychomotriciens, orthoptistes et orthophonistes.

b. La CRIP

Il existe plusieurs types de partage d'information selon la gravité et le degré d'urgence (24).

En cas d'identification d'un danger, ou d'un risque de danger, le professionnel peut rédiger une information préoccupante et la transmettre à la CRIP. Elle représente l'autorité administrative. La CRIP des Bouches-du-Rhône centralise toutes les IP du département, et fait le lien entre les services du département (comme la PMI) et les tribunaux. La CRIP travaille également avec le 119 (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger ou SNATED).

L'information, une fois recueillie, va être analysée. Au terme de cette démarche, il peut être décidé :

- Un classement sans suite,
- Une transmission auprès de l'inspecteur enfance-famille si une aide sociale à l'enfance est déjà en place,
- Une transmission au Parquet avec signalement,
- Une qualification en IP et transmission à la MDS du secteur concerné.

Dès lors, une équipe pluridisciplinaire en binôme réalise une enquête auprès de la famille pour évaluer la situation exacte de l'enfant. Un rapport sera établi et permettra de proposer la mesure administrative la plus adaptée en fonction des capacités des détenteurs de l'autorité parentale à se mobiliser, telle que :

- Un accompagnement social,
- Une mesure de protection administrative telle qu'une aide financière,
- Une aide éducative à domicile (AED),
- Un accompagnement en économie sociale et familiale,
- Un accueil de l'enfant en établissement ou chez un assistant familial.

Le rapport peut également proposer une mesure judiciaire en cas de danger grave, de non-acceptation des mesures administratives de la part des titulaires de l'autorité parentale, ou en cas d'évaluation impossible de la situation.

Le rapport est transmis à l'inspecteur enfance-famille qui prendra la décision finale :

- Mesure administrative citée ci-dessus,
- Signalement, avec proposition de mesure judicaire
- Classement sans suite.

Ainsi la CRIP est une cellule pluridisciplinaire permettant une évaluation médicale, éducative, sociale, juridique et administrative (13)(24).

En cas de suspicion d'une situation de maltraitance, un signalement doit être établi et transmis au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance (TGI) du lieu des faits, aussi appelé Parquet. Il représente l'autorité judiciaire et peut ordonner des mesures immédiates. Cette information doit également être transmise à la CRIP.
Le Procureur peut engager une procédure pénale et poursuivre l'auteur des faits et/ou une procédure civile pour faire cesser le danger en saisissant le Juge des Enfants.

Le Juge des Enfants peut alors :

- Proposer une mesure d'investigation sur les conditions de vie de l'enfant : Mesure Judiciaire d'investigation Éducative (MJIE),
- Proposer une Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO), en maintenant l'enfant dans sa famille,
- Proposer une Aide à la Gestion du Budget Familial (AGBF),
- Ordonner un placement de l'enfant,

Les figures 2 et 3 (24) détaillent la transmission d'une IP ou d'un signalement :

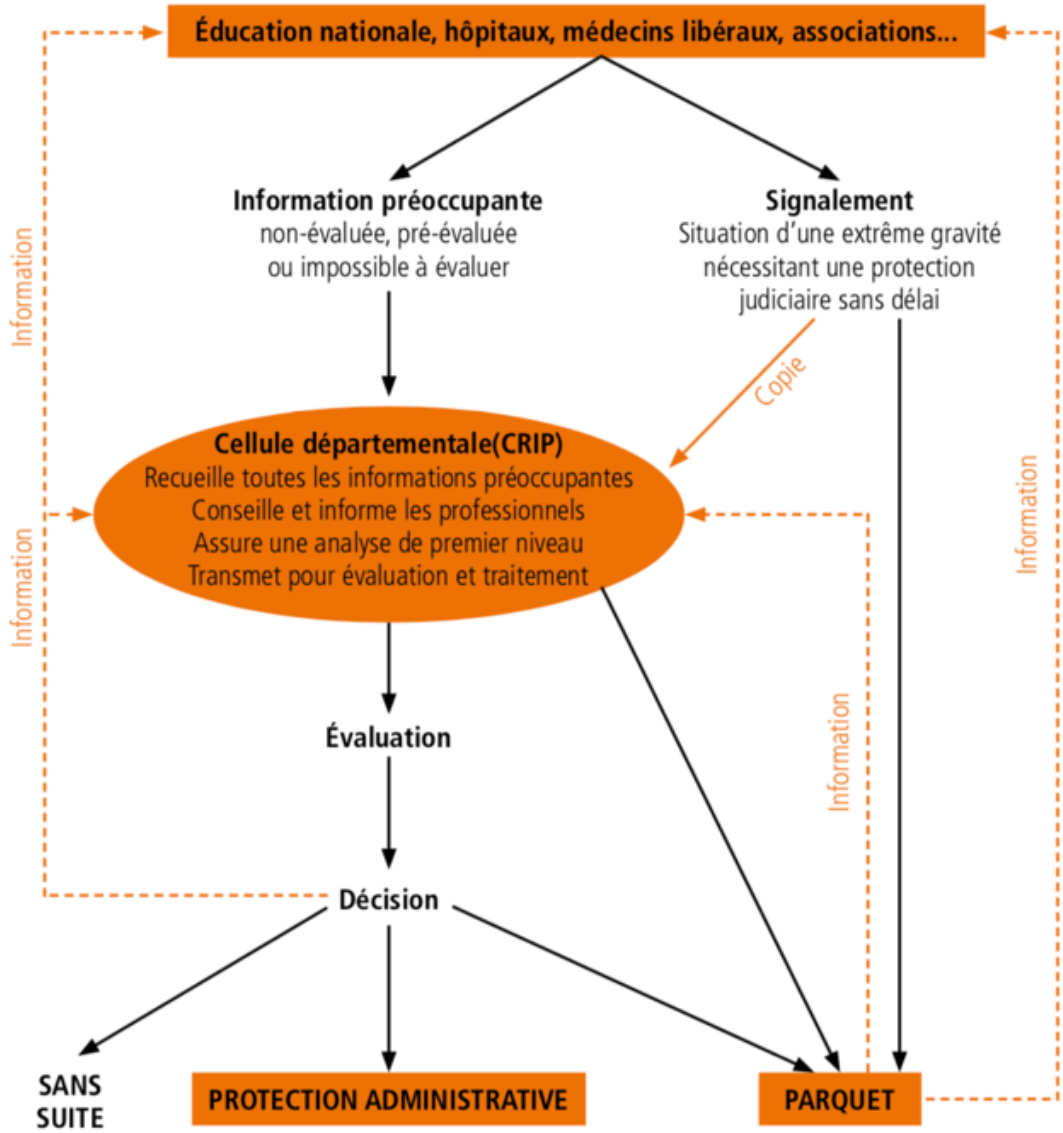


Figure 2 : Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou en risque de l'être.

(Source : Agir contre la maltraitance. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance (24))

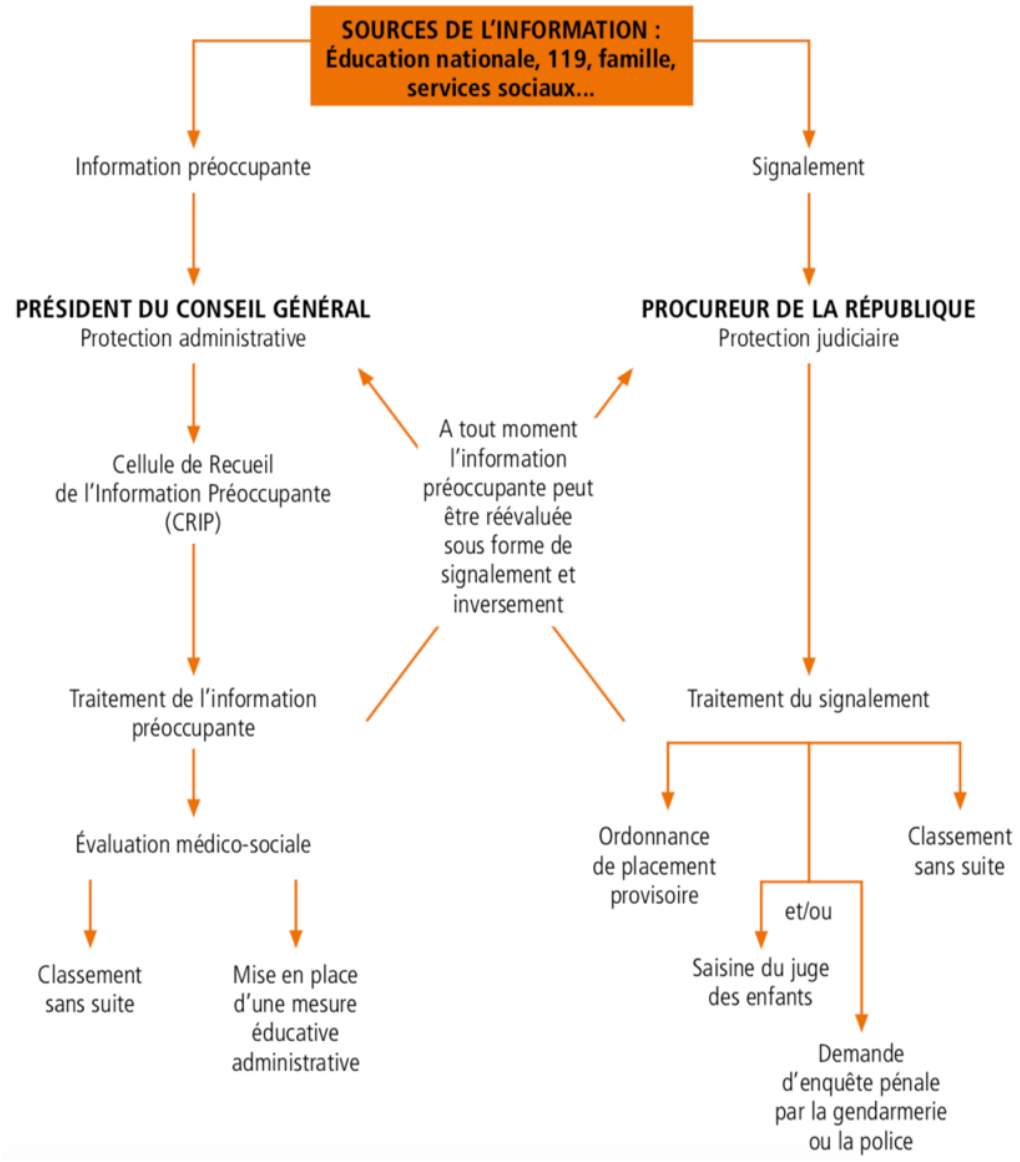


Figure 3 : Synthèse de transmission et d'évaluation d'une IP ou d'un signalement.

(Source : Agir contre la maltraitance. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance (24))

c. Le SNATED ou 119 « Allô enfance en danger »

Le 119 est un numéro national d'appel d'urgence. Cette plateforme téléphonique est dédiée aux situations de danger chez le mineur. Ce numéro est joignable 7j/ 7, 24h/24. Ses missions ont été fixées par la loi du 10 Juillet 1989 (34):

- Il répond aux appels d'enfants en danger ou des personnes confrontées à cette situation pour aider au dépistage et à la protection de l'enfant en danger,
- Il transmet à la CRIP les informations préoccupantes.

3. La formation des internes en Médecine Générale

Les étudiants en médecine choisissent leur spécialité en 6ème année, après avoir passé l'Examen National Classant informatisé (ECNi) selon leur ordre de classement.
L'internat de médecine générale dure trois ans. Chaque faculté impose sa propre organisation de l'internat.
A la faculté d'Aix-Marseille, durant ces 3 années, les étudiants vont réaliser différents stages obligatoires qui s'articulent autour d'une maquette de stage. Ils vont également assister à des cours théoriques en lien avec le stage en cours.

La maquette de stage comprend 6 stages de 6 mois à réaliser dans un certain ordre :

- La première année, dite phase socle : stage aux urgences + stage chez le Maitre de Stage Universitaire (MSU), en libéral.
- La deuxième année, dite phase d'approfondissement n°1 : stage de gynécologie et /ou pédiatrie + stage de médecine adulte en établissement hospitalier.
- La troisième année, dite phase d'approfondissement n°2 : stage en autonomie en libéral avec demi-journées d'observation chez le spécialiste (SASPAS) + stage libre.

Le stage de gynécologie peut être couplé à celui de pédiatrie durant 6 mois, validant les 2 modules de stage. Il est alors scindé en 2 périodes de 3 mois.
En revanche, l'interne peut aussi choisir de pratiquer l'intégralité de son stage de 6 mois en gynécologie et valider la pédiatrie durant le stage dit libre et vice versa.
Les cours dispensés durant les stages concernent la thématique du stage en question. Cependant si les stages de gynécologie et de pédiatrie sont couplés, il faudra choisir l'un ou l'autre des modules d'enseignement.
Durant le stage libre, il est possible de choisir le module d'enseignement non dispensé durant le stage couplé ou d'en prendre un autre au choix. Des internes peuvent alors ne jamais avoir les cours de gynécologie ou de pédiatrie.

Le stage de gynécologie-pédiatrie (GP) couplé peut s'effectuer soit en milieu hospitalier (services des urgences ou service autre) soit dans le service de PMI, qui regroupe les deux spécialités au sein de ces locaux. Ainsi, il existe deux stages aux vocations d'apprentissage identiques mais aux approches totalement différentes.

Les terrains de stage étant limités, les internes choisissent selon leur ordre de classement obtenu aux ECNi.
Concernant la thématique de l'enfance en danger, elle est abordée brièvement durant l'externat de médecine où sont enseignées quelques notions : quelques signes devant alerter, le syndrome de Silverman et de Münchhausen, et la procédure de signalement et d'IP de façon globale. La thématique pure de l'enfance en danger n'a pas été abordée en cours avant l'internat.

Durant l'internat, cette thématique est détaillée durant le module de cours de pédiatrie ou au sein de cours organisés en supplément lors du stage au sein de la PMI. Si l'interne n'a pas bénéficié de la dispense de ces cours, il n'aura alors, que des notions apprises de manière autonome.

III. Matériel et Méthode

1. Type d'étude

L'objectif de ce travail étant d'explorer la limite entre prévention et protection de l'enfance en danger, l'intérêt d'une recherche qualitative menée auprès d'internes en médecine générale a semblé évident. La recherche qualitative tend à recueillir des données verbales telles que des ressentis, perceptions, et opinions permettant une démarche interprétative (35).
L'objectif secondaire de l'étude a consisté à rechercher une différence de point de vue entre les internes étant passés en stage en PMI et ceux étant passés en stage de pédiatrie autre que la PMI.

Il existe différents modes de recueil en recherche qualitative. Le choix du recueil de données s'est porté sur la méthode des Focus Group (35)(36)(37)(38). Il s'agit de réunions en groupe durant lesquelles un débat est animé à partir d'une grille d'entretien. Ces entretiens s'effectuent en libre échange afin de permettre un partage et une stimulation des idées.
Cette étude observationnelle non interventionnelle, de catégorie 3 a bénéficié de la méthodologie de référence MR003 de la loi informatique et libertés ainsi que de la dispense n°7 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (39).

2. Choix de la population

Les entretiens ciblaient des internes en médecine générale ayant déjà effectué leur stage de pédiatrie. Tous les internes ont réalisé leur cursus à la faculté de médecine d'Aix Marseille Université. Les terrains de stage dépendant de la faculté d'Aix Marseille s'étendent dans les Bouches-du-Rhône, le Var, le Vaucluse, les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes.

3. Mode de recrutement

Les participants ont été individuellement contactés par e-mail, par téléphone ou via un réseau social. Une annonce a donc été postée sur ce réseau social rassemblant de nombreux internes en médecine générale de Marseille.

Des petits groupes d'internes ont été volontairement constitués pour permettre à chacun de s'exprimer et partager ses idées. Cela permet de limiter la formation de groupes qui pourraient empêcher certains internes de s'exprimer.
Les internes ont été répartis en fonction du type de stage réalisé : deux focus group étaient constitués d'internes qui sont passés dans un service de PMI, deux autres focus group étaient constitués d'internes qui sont passés dans un autre lieu de stage : pédiatrie libérale, pédiatrie hospitalière au sein des urgences ou d'un autre service hospitalier. Cela a permis d'explorer l'objectif secondaire.

4. Recueil et analyse de données

a. Élaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien (Annexe n°1) a été élaborée selon une recherche bibliographique autour de la problématique de l'enfance en danger ou en risque de danger (40)(41)(13)(42)(43)(44). Elle a été validée par le médecin référent en protection de l'enfance du département des Bouches-du-Rhône, qui est également la directrice de ce travail, le Docteur Marie-Ange Einaudi. La grille d'entretien n'a pas évolué entre les différentes réunions.

b. Thèmes abordés dans la grille d'entretien

Le guide d'entretien s'est articulé autour de 3 grands thèmes :

- L'enfance en danger de façon générale,
- La frontière entre prévention et protection,
- Les freins à la prise en charge et les pistes d'amélioration.

Chaque thème a été abordé par une question ouverte afin de permettre aux interlocuteurs l'élaboration de réponses libres et personnalisées.
Pour animer le débat et relancer l'émergence d'idées, des questions de relance ont été utilisées.

c. Réalisation des Focus Group

Les quatre réunions ont été réalisées en visioconférence via l'application Zoom entre le 10/06/2021 et le 17/06/2021.
Ceci a permis d'une part de respecter les mesures sanitaires en vigueur, et, d'autre part, de permettre la participation d'internes volontaires éloignés géographiquement. Les focus group ont été menés par un modérateur, rôle que j'ai incarné.Une présentation brève du chercheur, du déroulement du focus group et de la question de recherche a été effectuée au début de chaque réunion. Ils ont duré en moyenne 59 minutes (minimum : 51 minutes – maximum : 66 minutes). Le consentement oral de chacun a été recueilli au préalable.

d. Retranscription des Focus Group

Avec l'accord de chaque participant, chaque focus group a été enregistré en vidéo (enregistrement en direct via l'application Zoom) pour faciliter la retranscription. Par mesure de sécurité, un enregistrement audio extérieur avec un smartphone a également été réalisé.
Les internes avaient pour consigne d'activer leur caméra pour permettre une retranscription fidèle des idées de chacun et éviter les erreurs d'identification des interlocuteurs.
L'intégralité des dialogues a été retranscrit mot pour mot de façon à obtenir un recueil de données complet et fidèle. Les onomatopées et les rires ont également été retranscrits. Cela a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft® Word.
Chaque réunion a été anonymisée lors de la retranscription écrite. Les participants ont été désignés par la lettre « I » (pour interne) suivi d'un numéro attribué.

e. Méthode d'analyse des données

Selon l'enseignement reçu par le département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), les focus group ont été analysés par la méthode de la double lecture (36). Chacun d'eux a été codé une première fois. Un deuxième codage a été réalisé par une tierce personne ayant déjà mené une étude qualitative. Les deux analyses ont ensuite été comparées et mises en commun afin d'effectuer une triangulation des données. Ce travail de codage a été effectué à l'aide du logiciel Microsoft® Word.

L'analyse a été effectuée par la méthode de théorisation ancrée qui consiste à « *générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives* » (45). La synthèse finale a été modélisée en arbre de codage dans l'Annexe n°3.

IV. Résultats

1. Recrutement et caractéristiques de la population

Au total 22 internes passés en PMI et 20 internes non passés en PMI ont été contactés. 8 internes dans chaque groupe ont accepté de participer à un Focus Group. Aucun interne n'a répondu à l'annonce mise sur le réseau social.

L'une des internes ayant participé à l'étude était une ancienne interne en pédiatrie ayant exercé son droit au remord en médecine générale.

		Age	Sexe	Semestre	Lieu de stage
Focus Group n°1	I1	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
	I2	25-30 ans	Homme	6ème	PMI
	I3	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
	I4	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
Focus Group n°2	I5	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
	I6	25-30 ans	Homme	6ème	Pédiatrie libérale
	I7	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
	I8	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
Focus Group n°3	I9	25-30 ans	Homme	6ème	PMI
	I10	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
	I11	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
	I12	25-30 ans	Femme	6ème	PMI
Focus Group n°4	I13	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
	I14	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
	I15	25-30 ans	Femme	6ème	Urgences pédiatriques
	I16	25-30 ans	Femme	6ème	Service hospitalier

2. Perceptions de l'enfance en danger

a. Représentations de l'enfance en danger par les internes

Pour certains internes, le concept d'enfance en danger résonne immédiatement avec le concept de **maltraitance** (notions de violences physiques et morales souvent rapportées). Pour d'autres, cela évoque les **négligences** envers un enfant.

I16 : C'était le mot négligence que je cherchais, que je voulais dire… Des petits trucs comme ça qui ne sont pas hyper graves mais où on se dit… C'est pas génial pour un enfant.

Pour certains, l'enfance en danger ne se limite pas qu'à une seule et unique notion, ils en ont une **représentation thématique plus large**.

I5 : C'est pas seulement de la maltraitance non plus, c'est un peu trop de laisser faire.

L'exploration de cette notion amène certains à la définir comme une **entité qui s'étend de la négligence à la maltraitance**.

I13 : Mais après c'est assez large comme thème. Ça va du bébé secoué au plus grave à… C'est vrai, les négligences, les dents pas lavées… l'obésité, les trucs comme ça, c'est assez large comme thème.

Des internes définissent également l'enfance en danger comme le **non-respect des besoins fondamentaux** de l'enfant qui nécessite un environnement favorable à son développement.

I12 : […] Enfin normalement les parents ont le devoir de remplir, de veiller à ce que les besoins fondamentaux , qui doivent être couverts par les parents, que ce soit d'aller à l'école, manger, être aimé, et il y a plein de choses […] donc un enfant en danger c'est un enfant auquel on ne pourvoit pas à tous ses besoins et qui ne peut pas se construire, parce qu'en soit un enfant, c'est quelqu'un de vulnérable et le but c'est de le protéger jusqu'à ce qu'il se développe et qu'il puisse être autonome.

Par ailleurs, le développement de l'enfant peut aussi être affecté par une **carence éducative**.

I5 : […] Le manque d'éducation, manque de structure familiale, il y a des enfants qui n'ont pas de repères, qui sont un peu laissés, qui s'éduquent tout seuls, ce genre de choses, des fois on voit des choses en consultation, on se dit ce n'est pas trop normal.

Son bon développement peut être directement impacté par des **problématiques familiales** qui perturbent son environnement. Enfin, l'enfance en danger renvoie également vers la notion de **précarité, sociale et affective**.

I10 : Une forme de précarité... Parfois des milieux difficiles au niveau financier, […] niveau social on va dire et après des fois de la précarité affective dans les milieux où c'est pas les moyens qui manquent.

b. Place du médecin généraliste dans la problématique de l'enfance en danger

Le médecin généraliste est, selon tous les internes, un acteur ayant une **place privilégiée pour l'enfant**. Son **rôle est important.**

En effet, le médecin généraliste est amené à avoir une proportion non négligeable de pédiatrie au sein de sa patientèle. Sa place de médecin traitant lui permet de **suivre l'enfant depuis son plus jeune âge et tout au long de sa vie.** Cela en fait un atout majeur pour intervenir et **éviter les répercussions potentielles** sur la vie future de l'enfant en cas de danger.

I13 : Même si on n'est pas pédiatre on en voit quand même pas mal je pense en cabinet… Des enfants. On les suit de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Donc c'est prévenir des situations d'enfance en danger, et les contrer c'est régler les problèmes pour leur vie future.

Il a également pour certains internes, **une place privilégiée au sein de la famille**, permettant une **évaluation globale de l'environnement de l'enfant** et de l'impact qu'il peut avoir sur lui.

I14 : Le fait de suivre les parents aussi […] ça peut être un avantage parce qu'en fait si on est vraiment médecin de famille qu'on suit tout le monde, on a quand même une vision un peu globale de tout ce qui se passe dans la famille et quand on commence à voir par exemple que les parents ont des problèmes, que parallèlement à ça tu vois que l'enfant aussi… C'est le médecin traitant qui va être le premier plan.

Ainsi, certains considèrent qu'il est en **première ligne pour repérer**. Le médecin généraliste a un **rôle sentinelle**.

I5 : Heureusement (rires), oui on a un rôle à jouer dans le sens […] normalement on risque de faire partie des premières personnes à assister, à voir la relation entre les parents les enfants entre les frères et sœurs, on va être témoins de ça, on va être dans les premiers témoins donc oui on a un rôle à jouer c'est sûr après… Faut qu'on soit alerte à tout ça tout le temps.

I6 : On a aussi le privilège de pouvoir les voir déshabillés, ce qui est aussi pas le cas des profs.

D'autres soulignent l'importance de la place du médecin généraliste qui peut être parfois le **seul à repérer un danger durant les premières années de vie de l'enfant** et la place de **médecin de famille** qui peut **aider au repérage** du danger.

I8 […] Et nous notamment comme on est interne on voit un peu des patients qu'on ne connait pas, donc on n'a pas le contexte et on voit pas forcément derrière, ce qui est un peu difficile dans notre situation je pense contrairement au médecin installé.

Mais, pour d'autres, cela peut aussi être un **biais à l'évaluation du danger**.

I6 : […] Et elle a pas du tout relevé ça, et on en a discuté après et elle disait « ah non mais je connais les parents, c'est des gens très bien, mais finalement elle ne s'était pas posé la question et dans un deuxième temps après, vu qu'on en a discuté, elle disait qu'elle allait plus l'approfondir à la consultation d'après […] je pense qu'en médecine générale, le problème c'est qu'on connait aussi très souvent les parents, et ceux qui font les sévices… La relation qu'on peut avoir avec les parents elle peut aussi altérer soit le jugement.

D'ailleurs, certains internes soulignent que **la connaissance des familles peut amplifier la crainte de se tromper**. Cela les amènerait peut-être à **augmenter leur niveau de preuve** en cas de suspicion de danger.

Cette place de médecin de famille rend la problématique de l'enfance en danger moins évidente pour le médecin généraliste que pour le pédiatre par exemple, qui sera uniquement **centré sur l'enfant et non sur la famille**.

I16 : Moi je trouve que ça justement c'est plus difficile en tant que médecin généraliste qu'en pédiatrie parce que… En pédiatrie c'est l'enfant ton patient. En médecine générale, souvent c'est les deux tes patients, t'as les parents et les enfants, du coup je trouve que t'es un peu plus entre deux même si en effet tu vas le faire pour l'enfant, le parent tu le connais aussi et… Moi je trouve que la situation n'est pas la même et plus difficile quand t'es vraiment dans un cabinet où tu soignes les deux.

Pour les internes, un des autres rôles du médecin généraliste, outre le repérage, réside dans la **prévention.**

La prévention du danger s'articulerait pour certains, en **prévention primaire et prévention secondaire**, où le rôle du médecin serait avant tout **d'orienter**.

Tous les internes étaient unanimes pour souligner le **manque d'investissement** du médecin généraliste dans l'enfance en danger.

I6 : […] Et c'est juste un enfant, qui lui a dit mais à moitié en rigolant, « ça je ne le ferais pas parce que j'aurais trop peur que papa me tape », c'était un couple séparé. Et finalement elle ne rebondit pas dessus, puis ils nous disent qu'ils étaient enfermés dans leur chambre, les deux enfants, pendant que le père et la nouvelle compagne du père… Ils les entendaient faire des bruits très suspects, du coup ils s'échappaient par la fenêtre, et en fait ma praticienne de l'époque ne s'est pas du tout occupée de ce sujet-là.

Ce manque d'implication pourrait être expliqué par certains par un **manque de temps**.

I4 […] Je pense que pour certains médecins, qu'on voit un patient tous les quarts d'heure, peut-être qu'il y en a qui ne prennent pas le temps de déshabiller un enfant entièrement, et de voir certaines traces qui peuvent passer un peu à l'as, malheureusement.

Le médecin généraliste a une **multiplicité de rôles dans chaque domaine médical.** Certains internes soulignent donc également la difficulté d'investissement dans tous leurs champs d'activité. D'autres évoquent aussi la difficulté de trouver une **place légitime dans la relation parent-enfant**.

c. Visualisation des autres intervenants de l'enfance en danger par les internes

Les internes identifient d'autres intervenants que les médecins généralistes ayant un rôle privilégié dans cette problématique. Tous les internes s'accordent d'ailleurs à penser qu'il est **préférable de demander de l'aide plutôt que d'agir seul**. Certains voient dans les interlocuteurs une possibilité d'**orientation** et une **aide à la prise de décision afin de protéger l'enfant**.

I6 : Connaître les interlocuteurs qu'on a parce qu'effectivement, nous on va être limités mais… Connaître les interlocuteurs à qui demander de l'aide ou même à qui donner les informations c'est… une manière de les protéger. Je pense qu'ils ont un gros rôle consultatif en tout cas.

Ils soulignent la nécessité de **repérer autour de son lieu d'exercice** les acteurs de l'enfance en danger. Parmi les interlocuteurs, les internes identifient tous **la PMI comme un acteur privilégié de l'enfance en danger** et comme **un recours direct en cas de nécessité d'avis ou conseils**. Ce serait d'ailleurs le premier interlocuteur contacté par plusieurs internes, peu importe leur lieu de stage.

I12 : J'essaierai de recontacter les personnes avec qui j'avais été en contact à la PMI… Pour en discuter, avec des gens qui ont de l'expérience (rires).

Elle est souvent considérée comme un **« outil indispensable »** pour la prise en charge de l'enfance en danger.

I10 : Justement faut les contacter pour pas être dans le doute… pas rester dans le flou et avoir la boule au ventre de se dire « oh mon dieu, qu'est-ce que je fais, quand est-ce que j'appelle, quand est-ce que j'appelle pas … ». […] Ils sauront nous renseigner, nous aiguiller pour nous soulager.

Elle est également considérée par certains comme un **« meilleur outil »** que le médecin généraliste pour la prise en charge des situations de danger.

Un de ses rôles identifiés par les internes est celui de la **prévention**. Elle permet également une **prise en charge globale de l'enfant et de la famille**.

I11 : A la PMI […] ils essayaient de faire pas mal de prévention pour les familles parce que, on s'en rend compte quand ils viennent en consultation, la mère qui a déjà 4 gamins, qui est enceinte du dernier… Son mari il s'est barré, elle habite dans un HLM et on se rend vite compte en consultation qu'elle est débordée sans que ça soit de la maltraitance, qu'il y a une carence de soin quand même, quand on examine l'enfant, quand on voit qu'il a pas été lavé récemment… Les plus jeunes ils ont une sucette dans la bouche alors qu'il est 9h du matin, pour l'alimentation on se rend compte qu'elle va pas forcément acheter le lait parce qu'elle a pas les moyens, et du coup, c'est sûr qu'il y avait pas mal qui était fait un peu en amont, pour surveiller ces femmes-là, essayer de les revoir toutes les semaines avec les enfants… de leur donner un maximum de matériel, un maximum d'aide…

La prise en charge sociale s'intègre dans la prise en charge globale évoquée. Elle n'est pas peu fréquente selon les internes, qui pensent que la PMI accueille une **population majoritairement précaire**

En ce qui concerne la connaissance des différents interlocuteurs, certains internes n'identifient **que la PMI et les MDS**.

D'autres internes identifient des **partenaires supplémentaires** pour avoir de l'aide sur la problématique de l'enfance en danger.

I3 : Il y a je crois une PMI dans chaque arrondissement, à Marseille en tout cas […] donc je pense que dans n'importe quel territoire où on travaille il y a une PMI de proximité et/ou une maison de solidarité. Et puis sinon si on est un peu éloigné, qu'on connaît pas trop, il y a effectivement le 119 comme a dit I4, où on peut appeler pour soit avoir un avis soit avoir quelqu'un qui peut nous conseiller ou nous aider.

Parmi les internes non passés en PMI, certains d'entre eux connaissent l'existence d'un **numéro d'appel téléphonique** dédié à l'enfance en danger mais ne savent pas quel est ce numéro tandis que d'autres le connaissent mais pas son rôle.

I14 : J'ai jamais utilisé ce numéro mais je sais pas s'il est à destination des médecins aussi… S'ils peuvent te guider eux aussi dans les choix et dans qui contacter.

Le numéro d'appel 119 et ses missions sont **mieux connus** des internes qui sont passés en PMI.

I9 : La seule fois où j'ai voulu le faire au final, je crois que je me suis retrouvé à appeler le 119 qui ont pris mon appel et en fait… j'suis tombé sur un espèce d'interlocuteur au téléphone qui a pris le dossier avec moi et qui au final a décidé que ça valait pas un signalement tout de suite, qu'il fallait faire une IP […].

En ce qui concerne les **acteurs de la protection de l'enfance**, tous les internes ont identifiés **la CRIP** et le **procureur de la République**. Leurs **missions exactes en revanche sont parfois floues** pour certains d'entre eux.

I6 : Il y a la CRIP et je ne sais pas s'ils ont un rôle d'information… J'imagine que oui en tout cas ils sauront ré adresser mais je crois que c'est pour récupérer les informations préoccupantes, donc j'imagine qu'ils ont un rôle également de conseil.

La **CRIP** est vue comme un interlocuteur privilégié du médecin pour l'accompagner sur la prise de décision et les démarches, notamment en cas de doute sur un danger.

I16 : On avait appelé la CRIP […] et du coup ils nous avaient dit exactement comment faire, du coup je m'étais dit que c'était cool, j'avais noté le numéro pour que si ça m'arrive… Je ferais ça parce que c'est plus facile que d'être tout seul dans son coin.

3. Représentations du repérage, prévention et protection de l'enfance en danger

a. Repérage et difficultés

Concernant les caractéristiques épidémiologiques, les internes estiment que cette problématique **n'est pas rare**. Cependant ils pensent également que cela est **sous-estimé par les médecins**.

Les internes étaient tous d'accord sur le fait que l'enfance en danger touchait **tous les niveaux socio-économiques**.

I13 : Je pense qu'il y a des facteurs de vulnérabilités mais je pense qu'il faut y penser, même si les parents sont intelligents et qu'ils ont des diplômes, il faut y penser tout le temps.

Certains internes estiment que **les populations précaires** sont tout de même **plus souvent concernées** par cette thématique de danger. Certains disent même avoir tendance à être **plus prudents** en cas de **précarité sociale**.

L'enfance en danger **n'est pas assez bien dépistée** selon eux.

I9 : Je sais pas en terme de statistiques nationales, mais j'ai l'impression que finalement les médecins sont pas très bon pour repérer.

Plusieurs internes disent **ne pas être à l'aise** avec le **repérage du danger**. Cela reste complexe, malgré la formation reçue.

I14 : Et après face aux parents je pense que je serais très mal à l'aise de poser les questions… surtout s'ils nient… J'aurai du mal à mener l'interrogatoire en tout cas face à des lésions corporelles, sauf si c'est évident dans l'histoire et dans les lésions mais si on voit juste qu'il a des bleus, on a toujours peur d'aller trop loin alors que peut-être que c'est un gamin qui fait que tomber et qui est casse-cou.

Même si parfois le danger peut être **évident**, le repérage est vécu la plupart du temps comme quelque chose de **difficile** par les internes.

I10 : Après ça peut être difficile en consultation quand même… Autant aborder les violences au sein du couple en parlant aux parents… C'est assez dans les mœurs maintenant mais… Dire aux parents « oui bonjour est ce que vous frappez votre enfant ? », enfin j'exagère un peu, mais c'est un peu plus… Compliqué… les gens peuvent peut-être plus facilement… mentir

Des internes pensent que **certaines situations de danger passent inaperçues**. Certains enfants en situation de danger pourront n'avoir aucun signe notable pouvant faire évoquer le danger.

I13 : Je voulais dire la complexité de détecter […] parce qu'en vrai ce bébé moi j'étais à deux doigts de le faire rentrer à la maison parce que moi quand je l'ai examiné il était complètement normal à part son PC un peu augmenté, mais c'était en discutant avec ma sénior, qu'on a dit « bon on va quand même le surveiller » mais sinon… A peu de choses près je le laissais rentrer à la maison et peut-être que…

Le dépistage de ces situations serait en fait pour certains simplement plus évident au sein d'une classe sociale défavorisée, car **le danger serait moins bien dissimulé**.

Plusieurs autres raisons incombent à la difficulté. Une **consultation unique** ne permet souvent pas aux médecins de pouvoir évaluer une situation. L'évaluation **sur plusieurs consultations** est donc parfois nécessaire pour l'appréciation du danger.

I9 : J'avoue que les premières fois … Je me suis posé la question « est ce que je dis rien ? Est-ce que je dis quelque chose ? » et en fait je pense qu'au bout de la deuxième ou troisième visite j'ai fini par appeler l'assistante sociale pour faire un signalement […] j'ai quand même mis deux ou trois entretiens pour me dire « bon là c'est pas possible, c'est pas adapté ».

La **sollicitation** pour un ou des **motifs somatiques aigus**, qui représentent le but de la consultation, rendent également cette identification de danger secondaire.

I8 : En général les patients ne viennent pas pour ça ils viennent pour autre chose, on gère notre temps pour une autre pathologie et peut-être dans une réflexion d'un parent ou l'attitude d'un enfant, on va avoir la puce à l'oreille

Le comportement de l'enfant peut être un signe d'alerte, pourtant, **la relation d'imputabilité est difficile à établir**. En effet certains internes relèvent **l'absence de comportement typique** d'un enfant en danger.

I14 : Et après c'est difficile je trouve d'évaluer le comportement, de se dire qu'il a un comportement bizarre, enfin… Il faut faire la part des choses entre caractère de l'enfant et,… Comme tu disais pour les plaintes un peu fonctionnelles à répétition, c'est vrai que ça fait évoquer des enfants qui… ont un mal-être en tout cas, mais après il peut y avoir tellement de sources de mal-être.

Par ailleurs, certains internes soulignent le fait que **les situations de danger sont plus fréquentes mais pourtant moins visibles que la maltraitance**. Les stigmates de violence sont pour eux, peu fréquemment observés en consultation.

Les **négligences sont particulièrement difficiles à repérer** pour les internes.

Le **statut de remplaçant est un frein au repérage du danger** selon quelques internes.

I10 : Je savais pas trop quoi faire surtout en tant que remplaçante, c'est un peu particulier, on est pas là tout le temps, les gens on les connait pas, donc je l'ai juste dit à la médecin « là faut peut-être faire gaffe, toi tu les connais » (rires) là j'ai un peu refilé la patate chaude…

Tous les internes sont d'accords avec la **nécessité de dépistage systématique**, même en l'absence de facteurs de vulnérabilités. Cela permettrait d'agir en amont de la dégradation d'une situation en faisant de la prévention.

I6 : C'est être systématique pour ne pas avoir d'à priori dans le dépistage […] de faire en systématique tous les examens de l'enfant, mettre toutes les chances de son coté, de détecter des facteurs de risque et espérer de ne pas aller à l'étape du signalement et réussir justement un rôle de prévention.

Cela passe par de la **vigilance, l'observation, l'interrogatoire et l'examen régulier** de l'enfant.

I11 : Je pense que c'est un peu le travail de tout le monde à chaque consultation, dès qu'on voit l'enfant, la famille… Parler avec les parents, voir s'il y a un bon lien qui se fait entre les parents et l'enfant, savoir si ça se passe bien dans le couple […] puis examiner l'enfant régulièrement… Poser des questions quand on voit quelque chose sur le corps… Demander comment il s'est fait ça, qu'est-ce qu'il s'est passé…

Parmi les aides au repérage, quelques internes ont évoqué le **carnet de santé**, qui pourrait être un reflet de certaines négligences. La bonne tenue du carnet de santé leur parait primordiale pour détecter des signes d'alerte.

I3 : Des fois le carnet de santé qui a plein d'examens qui manquent, les parents qui ratent beaucoup de rendez-vous, malgré les relances, les appels, et qui ne viennent pas, des vaccins en retard...

Pour d'autres internes, une astuce visant à faciliter le repérage serait de **s'entretenir seul avec l'enfant**.

b. Représentations et vécus vis-à-vis de la prévention de l'enfance en danger

Pour certains, elle représente en partie **les conseils d'accompagnement médical et éducatif** donnés aux parents. Pour d'autres, les conseils d'éducation et d'accompagnement médical ne sont pas considérés comme de la prévention du danger. La prévention représente une **notion floue et beaucoup ne savent ni la caractériser, ni à quoi cela peut correspondre réellement**.

I12 : […] Parce qu'expliquer aux parents qu'il faut vacciner son enfant, expliquer aux parents qu'il faut que la diversification c'est comme ça, expliquer aux parents que les écrans c'est pas avant 3 ans… C'est pas de la prévention pour moi, c'est juste donner les outils aux parents, après si on se rend compte qu'ils le font pas et qu'on donne les explications et qu'ils en ont rien à faire, on bascule dans l'autre versant, du coup je te retourne la question c'est quoi faire de la prévention ?

Beaucoup d'internes disent ne **pas vraiment savoir comment agir en prévention.**

I1 : […] Après les mesures de prévention je sais pas trop ce qu'on peut leur proposer… A part s'il y a un épuisement familial, leur proposer de mettre à la crèche, tout ça…., Mais à la PMI ils ont un peu la main sur ça.. Je verrais pas trop… A part leur dire de venir régulièrement nous voir, d'essayer de se reposer, d'avoir une nounou je sais pas…

D'autres considèrent que c'est un **sujet délicat et qu'ils ne l'aborderaient qu'au cas par cas**, notamment **en cas de demande des parents**. Certains disent même **ne pas y penser**.

I14 : Moi mesures de prévention, peut-être qu'il faudrait que je m'améliore pour le coup, vraiment […]. Ça va pas être un réflexe systématique à chaque consultation de pédiatrie […]. Je demande rarement « et vous à la maison comment vous faites ça » ou je pose rarement de questions… Pour vraiment aller chercher si tout se passe bien à la maison, parce que j'y pense pas en fait

Concernant les mesures préventives pouvant être mises en place, quelques internes passés à la PMI évoquent les **Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)** ou encore la **délégation à la PMI** qui entreprendrait elle-même la mise en place des mesures. Parmi eux, un interne réalise qu'il sait faire de la prévention alors qu'il ne savait pourtant pas la définir.

I12 : […] Peut être que si j'ai une maman qui a un problème psy, et qu'il va peut-être se passer quelque chose, là je vais être vigilant et je vais me dire qu'elle est vulnérable et je vais entourer cette maman, je vais lui expliquer que si elle est débordée il peut y avoir des travailleurs qui peuvent s'occuper de son enfant à la maison.

L'orientation à la PMI est considérée comme la solution de choix par tous les internes. Ils ne se sentiraient pas à l'aise avec le fait d'organiser des mesures de prévention en cabinet libéral. Ils préfèreraient déléguer en cas de danger identifié.

I11 : […] Si c'est vraiment un enfant en danger, je préfèrerais laisser la main à la PMI, à des assistantes sociales, à des gens qui sont spécialisées là-dedans parce que moi c'est vrai que seule en cabinet je me sentirai pas à l'aise avec … une situation où je sens vraiment qu'il y a un enfant qui est en danger […] quand ça nous inquiète, faut savoir quand passer la main.

La PMI permettrait selon certains de prendre en charge les enfants et les parents de manière pluridisciplinaire. Cette notion de **pluridisciplinarité est considérée par tous les internes comme bénéfique à la prise en charge.**

Comme vu précédemment, la prévention est considérée comme un des rôles du médecin généraliste. Certains internes ont estimé que **de nombreuses situations** pouvaient être **prévenues** avec des **mesures d'aides** et que certaines d'entre elles pouvaient être **abordées en cabinet libéral** s'ils sont face à des parents réceptifs.

I9 : Ça dépend vraiment du contexte […]. Il y a des parents où finalement le fait effectivement de leur dire « là ça va pas il va falloir chercher de l'aide », c'est pas sûr qu'on ait besoin non plus de faire une IP, […] ils vont vous aider, et je pense qu'il y en a beaucoup qui sont suffisamment capables de comprendre et d'améliorer les choses avec simplement de la prévention.

Cependant, tous considèrent aussi que **certains paramètres sont inaccessibles à de la prévention**.

I16 : Mais après dans les facteurs de vulnérabilités, il y a des choses où … Comme on dit, les grossesses multiples, les enfants qui sont prématurés, qui ont des pathologies, qui pleurent beaucoup toutes ces choses-là, t'as beau essayer de faire de la prévention… Peut-être que tu pourras de temps en temps faire mieux mais… Il y a pleins de paramètres qu'on peut pas contrôler.

Concernant les difficultés rencontrées par les internes, certains évoquent la prévention comme **un sujet sensible, jamais abordé clairement** en consultation.

I8 : C'est plus sur le vocabulaire employé, comment on aborde le sujet sans braquer les gens… On ne veut pas être trop cash non plus pour pas qu'ils ne le prennent mal, si c'est des gens qu'on connait.

Parmi les internes non passés en PMI, certains se disent mal à l'aise et ne savent pas **comment aborder ces notions préventives**, car ils considèrent que la **frontière est mince entre prévention du danger et éducation parentale**. Il y a notamment une **appréhension de l'interprétation des conseils** par les parents.

I14 : Tu sais pas trop comment ça va être accueilli… Peut-être que le malaise il se crée aussi parce que on a toujours peur que les parents prennent ça comme un jugement de valeur…

Les notions les plus difficiles à aborder concernent **l'accompagnement parental et les conseils éducatifs**. Ils disent **ne pas se sentir légitimes**.

I5 : Alors que coté éducation, ça va être difficile d'aborder le sujet je pense que la réponse des parents ça va être « en fait c'est mon gosse je fais ce que je veux » (rires) je pense que j'aurais plus de mal à dire à un parent, ben écoutez, là votre enfant de 3 ans, il joue tout seul depuis 5 heures, peut être intéressez-vous un peu à lui je ne sais pas si j'oserai dire ça alors que ça parait évident…

Les **internes non parents** évoquent également cette **sensation d'absence de légitimité**.
Enfin certains éprouvent **un manque de légitimité à donner des conseils « non médicaux ».**

I5 : […] enfin un truc qu'on peut rattacher au domaine médical, c'est le temps d'écran par exemple. Ça on peut dire « ok, votre enfant passe 14 heures par jours devant la télé, là il y a un souci, parce que ce n'est pas bien pour son développement […] » enfin on peut se reposer sur un truc de manière scientifique.

L'accueil d'un **premier enfant** et **l'âge jeune de l'enfant** seraient deux situations où la prévention serait **plus facile** à faire selon les internes.

I8 : J'avais fait l'expérience aux urgences pédiatrique que les parents d'enfants plus jeunes, de nourrissons, ils avaient envie en tout cas de conseils, est-ce qu'il font bien ci, est-ce qu'ils font bien ça, peut-être un peu moins pour les enfants plus grands.

Enfin, la prévention et **l'éducation** doit être accentuée envers **les populations n'ayant pas conscience du danger**.

I14 : […] Il y avait une femme qui… Son nouveau-né devait avoir deux jours […] et à un moment donné elle laisse son bébé sur le lit, même pas vraiment au milieu, et elle s'en va pisser. Moi ça m'a paniqué, j'ai couru pour le garder, j'ai essayé de lui expliquer « faut vraiment pas faire ça, faut jamais le laisser tout seul »… elle était là, genre choquée.

Selon quelques internes, l'accentuation de cette prévention doit également se faire sur certaines populations, notamment les populations **à faible niveau socio-économique et les populations immigrées**, qui peuvent avoir des **mœurs différentes**.

I14 : Peut-être que dans les situations sociales plus précaires, faut leur faire un peu plus de prévention, par exemple, pour la vaccination… ça va être beaucoup plus fréquent de voir un carnet de santé vide chez des patients qui ont un niveau socio-économique bas mais peut-être juste parce qu'ils sont arrivés en France beaucoup plus tard, parce qu'ils sont pas toujours très bien suivis et du coup… tu recadres…

c. Représentations et vécus vis-à-vis de la protection de l'enfance en danger

L'action est le premier mot évoqué par les internes lorsqu'ils abordent la notion de protection. Elle est caractérisée par la mise en place de mesures ayant pour but de protéger l'enfant. Elle est associée à un certain niveau d'inquiétude.

I14 : Protection c'est le moment où il faut agir […], c'est le moment où on commence à avoir un doute raisonnable où on se dit « là il faut que je fasse quelque chose pour le protéger ».

La protection évoque également **les mesures administratives et judiciaires : IP et signalement.** La plupart des internes **connaissaient les interlocuteurs** de ces mesures.
Mais, pour un interne la protection va de pair avec **le placement de l'enfant**.

I11 : C'est vrai que le terme de protection, c'est un peu extrême mais… ça m'évoque un placement parce ce que je vois pas bien comment en étant pas tous les jours à la maison avec les parents et les enfants on peut savoir vraiment ce qui se passe et les protéger.

La représentation de l'IP selon les internes est différente. Ainsi, certains voient en l'IP une **possibilité d'ouvrir une enquête** pour **mieux évaluer** une situation afin **d'aider au mieux les parents**.

I2 : D'un côté c'est un peu fort mais ça permet aux parents de s'en sortir, pouvoir aider leurs enfants, quand ils sont en difficulté et que leurs enfants sont mis en danger […]. En fin de compte les IP c'est comme si on donnait un courrier à un spécialiste et il s'occupe du problème entre guillemets

D'autres au contraire, au sein du groupe non passé en stage en PMI, peuvent avoir une **fausse représentation de l'IP**.

I15 : On sait pas réellement en quoi ça consiste le « après » d'une information préoccupante, donc en fait à tout moment on se diabolise le truc, alors qu'en fait… c'est juste une assistante sociale qui va aller au domicile, qui va leur poser des questions etc…

Ainsi, alors qu'une partie des internes non passés en PMI n'ont pas de notions sur l'aboutissement d'une IP, les autres voient cela comme une **action bénéfique** pour les **parents** qui vont avoir l'aide nécessaire, et pour **l'enfant** en danger. Est également évoquée une notion de **responsabilisation** des parents grâce à l'IP. Pour ces derniers, l'IP aboutit souvent à des **mesures suffisantes** permettant d'abolir le danger.

I1 : Oui moi avec les IP j'ai vu des changements des comportements des parents, pas sur des trucs gravissimes mais par exemple sur de l'absentéisme scolaire ou des trucs comme ça, et le fait qu'on ait fait une IP, tout de suite les parents ils se sont dit « Houlà, ok on prend les choses plus au sérieux on va emmener le gosse à l'école », ça permet d'aider un peu, à recadrer, sans que ce soit non plus dramatique.

En ce qui concerne le fait d'effectuer un signalement, une **différence était notable entre les deux groupes : PMI et non PMI**.

Les internes passés en PMI reconnaissent la responsabilité du médecin généraliste à effectuer le signalement lui-même. Ils ont simplement souligné le **manque de confiance en leur propre jugement** pour prendre la décision de signaler et ont exprimé la nécessité **d'avoir des preuves** ou de faire face à une **situation leur paraissant grave**.

Le **besoin de certitude** était aussi évoqué comme nécessaire par le groupe non passé en PMI.

Les internes non passés en PMI ont un avis bien différent. Ils estiment **que le signalement dépasse les compétences du médecin généraliste**.

I6 : Si ça devient très inquiétant, et qu'on pense au signalement ça veut dire qu'on considère que l'enfant est en danger immédiat, ça veut dire qu'on va l'envoyer en hospitalisation pour l'extraire de ses parents donc finalement… Je ne sais pas si c'est nous qui faisons directement le signalement ou si ce n'est pas mieux que l'hospitalisation le fasse dans un deuxième temps. Nous je pense qu'à notre niveau c'est surtout des informations préoccupantes qu'on fait, parce que sinon je ne vois pas trop comment on fait pour extraire l'enfant de ses parents en cabinet.

La conduite à tenir selon eux est avant tout de **protéger immédiatement** l'enfant, en l'adressant aux urgences en vue d'une **hospitalisation**.

Malgré cela, **l'orientation** d'un enfant en danger grave vers l'hôpital leur parait **difficile** en cabinet de médecine libérale. Ils auraient ainsi tendance à prétexter la nécessité d'un examen complémentaire pour que les parents adhèrent et amènent l'enfant à l'hôpital.

I14 : […] Mais ça doit être hyper compliqué du cabinet… Quand t'es aux urgences pédiatriques c'est plus facile parce que si les parents sont pas d'accord on peut prétexter quelque chose pour l'hospitaliser […] en cabinet je saurais pas trop comment faire si je voulais le protéger ou l'hospitaliser… parce qu'il faudrait que le parent y aille de son plein gré et après arriver à faire un courrier pour faire comprendre à l'urgentiste.

La majorité des internes ne se sentent **pas à l'aise** avec le déclenchement des mesures de protection. Cela peut être expliqué par un **manque d'expérience,** que ce soit dans la **rédaction** ou dans la **transmission**.

I7 : (…) Et si c'était ça, c'était en hospitalier et finalement c'était très vite les chefs qui s'en occupaient.

D'ailleurs, ce manque d'expérience serait pour certains un **frein à la transmission de l'IP ou du signalement**. Pour les aider, plusieurs internes auraient tendance à **chercher les modalités de transmission sur internet**.

Tandis que d'autres, indépendamment du fait qu'ils soient passés en stage en PMI, feraient appel à **une aide extérieure, surtout la PMI**.

I11 : Moi je dois t'avouer que je sais plus exactement comment on fait. Je pense que j'arriverai à trouver le numéro de l'ASE pour demander « à qui j'envoie le formulaire, où est ce que je le trouve » (…) Mais après est-ce qu'il faut l'envoyer par mail, l'imprimer, l'envoyer par courrier, je sais plus exactement.

Pour les **internes non passés en PMI,** les deux interlocuteurs de choix pour les aider dans une situation indiquant une mesure de protection sont **la PMI** et **les urgences**. **Le choix de l'interlocuteur** s'effectue ainsi en fonction du **niveau de danger évalué**.

Les internes évoquent la nécessité de **demander de l'aide dès la moindre suspicion** car être seul rend la prise de décision difficile. D'autant qu'ils font face à une **double difficulté** : **évaluation du risque** et **prise de décision**.

I16 : […] Oui il y avait eu un petit, dont je me rappelle très bien parce qu'il avait été secoué alors qu'il avait 8 mois, et à l'âge de 4 mois il avait été hospitalisé pour une fracture du fémur. Il y avait eu un signalement de fait, mais les parents étaient un petit peu… Ils avaient l'air de bonne foi. Moi j'étais pas là à l'époque lors du premier signalement… Ils expliquaient le mouvement qui aurait fait la fracture etc… On savait pas trop, donc le signalement a été fait mais avec des termes un peu plus sympa et le petit a été rendu aux parents. Il est revenu à 8 mois il avait été secoué, et il était complètement aveugle […].

L'**évaluation d'une situation en groupe** faciliterait ainsi la prise de décision concernant la conduite à tenir.

I3 : On était plusieurs à se poser la question… S'il y avait des contraintes, s'il y 'avait des violences, donc était vraiment partagé entre faire une IP voire un signalement. On savait pas du tout parce que la situation n'était pas claire et… au final on l'a pas fait, mais c'était une situation très difficile, on a dû être plusieurs à parler du cas, avoir l'avis d'un peu tout le monde, c'était un peu difficile.

D'autres freins que **l'incertitude** et le **manque d'expérience** ont été évoqués, notamment la **peur de se tromper**. Parmi les difficultés, une interne évoque **l'annonce de l'IP ou du signalement**.

I14 : Déjà j'ai du mal à dire non en consultation alors là annoncer aux parents […] (rires)

Les internes expriment également le **regret de ne pas savoir à quoi peut aboutir** leur démarche d'IP ou de signalement et **leur efficacité**.

I13 : […] en plus elle a jamais eu trop de retour derrière de ce qu'il s'était passé après son information préoccupante.

4. Exploration de la limite entre prévention et protection

a. Représentations de la limite

La frontière entre prévention et protection de l'enfance en danger est apparue principalement pour tous les internes comme **difficile à définir**.

I13 : En fait je saurais même pas parce qu'en parler c'est différent de le vivre je pense, on saura jamais vraiment où mettre la limite donc c'est difficile de l'expliquer […]. *I15 : Après je pense que c'est difficile, tu peux pas donner une limite claire organique ou psychologique, c'est pas possible…*

La limite est vue comme un **concept subjectif**, qui peut varier d'un praticien à un autre, ou du praticien au patient.

I9 : Je pense que ça dépend aussi des praticiens, je pense que… On a pas tous le même seuil de tolérance et… Je pense que d'un praticien à l'autre, il y en a qui ont le signalement plus rapide.

D'ailleurs, pour certains, la limite est **évolutive** et **l'expérience personnelle et professionnelle** d'un médecin peut influer sur son **seuil de tolérance**.

Devant l'**absence de définition consensuelle**, les internes s'accordent tous à penser que celle-ci se place **au cas par cas**. **L'évaluation complète et globale** d'un enfant est parfois **compliquée** ce qui rend la limite, selon une interne, difficile à situer.

Pour certains, la limite n'existe pas vraiment. Les notions de prévention et protection **vont de pair**. Ce sont des **notions indissociables**.

I11 : Est-ce que tu peux vraiment scinder en prévention et protection en fait ? Enfin… Prévenir c'est protéger aussi… C'est difficile de scinder les deux termes je trouve.

b. Où placer la limite ?

Les internes sont unanimes : la limite **dépend du danger**. Cela déterminera la **rapidité d'action et l'orientation**. Cependant ils ont tous souligné précédemment que la **dangerosité n'est pas facile à évaluer**.
D'ailleurs certains n'hésiteraient pas à **reconvoquer rapidement l'enfant** afin d'évaluer au mieux la nécessité de passer de l'un à l'autre.

Certains cas sont évoqués comme **évidents** par les internes, notamment les situations dans lesquelles apparaissent un **signe alarmant**. Ils citent alors les **violences physiques** comme facteur devant déclencher la mise en place d'une mesure de protection. Certains citent également les **violences sexuelles**, et parfois, le **danger perçu comme vital**.

I10 : […] Ou s'il y a des violences, si on voit des violences… ce genre de chose et qu'on se rend compte que c'est en train de virer au physique qu'il y a des marques ou quoi…
I12 : Hum, pour moi s'il y a des bleus…
I10 : Ah oui les bleus là c'est immédiat.
I9 : C'est clair.

En revanche, les **violences psychologiques** ne sont pas reconnues par tous comme le facteur devant déclencher de manière urgente une mesure de protection.

I9 : Ce serait le niveau de dangerosité de la situation. Je dénigre pas que les souffrances psychiques soient moins importantes que les violences physiques. Je trouve qu'il y a moins, entre guillemet d'urgence relative… La maltraitance physique ça peut nécessiter plus de réactivité alors que la psychique, on a quelque part plus le temps de réagir.

Mais pour d'autres, cette limite ne se place pas en fonction du type de violence mais plutôt dès **l'apparition de répercussions sur le développement** de l'enfant.

I10 : S'il y a vraiment des stigmates que ce soit physique ou psychologie, si je vois que l'enfant est trop maigre, qu'il ralentit sa croissance, qu'il a des bleus, qu'il est complétement prostré, qu'il parle pas à l'âge où il devrait parler ou… Là vraiment je me dirais c'est pas possible.

En l'absence de facteurs alarmants, la limite se place souvent selon un **faisceau d'arguments**, après une évaluation globale de l'enfant.
D'autres insistent sur la nécessité d'avoir des **preuves tangibles**, d'être sûr du danger. Le **doute influe donc sur la limite** entre prévention et protection.

Certains évoquent également la notion **d'aggravation d'une situation initiale** comme devant motiver le passage de la prévention à la protection.

I10 : Ouais peut-être aussi… Une escalade.

Dans certaines situations où la prévention suffirait, les internes estiment que la **non-adhésion** des parents, **médicale** ou **éducative** devra placer la limite.

I2 : Quand ils font pas les examens, ou qu'ils font pas ce qu'on leur demande ou même au niveau éducatif, si quelques semaines après ou quelques mois après ils reviennent et que rien n'a été fait, là on se dit « la situation n'a pas évolué ». Si ça s'est dégradé, on pense que même si on redit, ça va rien faire et faut aller plus loin.

Donc, pour prendre la décision d'engager des démarches visant à mettre des mesures de protection, **l'absence d'évolution** rentre également en compte malgré plusieurs sollicitations.

I9 : C'est déjà en termes d'évolutivité, c'est-à-dire la chronologie, si on voit qu'il y a des choses qui n'allaient pas, qu'on l'a signalé aux parents et qu'on voit que x semaines ou x mois après y'a rien qui a évolué, je pense que la chronicité c'est un premier facteur je pense

La **notion de répétition** est abordée par certains comme un motif d'alerte justifiant la mise en place de démarches pour protéger. C'est le cas de la répétition de **consultations** ou **d'hospitalisations suspectes**. **L'addition de signes au sein d'une même consultation** est aussi citée. Enfin, la **demande expresse de la part d'un enfant** au médecin pourrait marquer la limite.

I5 : Le cas est assez rare mais je me dis que si on a un enfant qui nous demande littéralement de l'aide, je pense qu'on va être plus réactif dans ce qu'on va faire.

c. La protection résulte-t-elle d'un échec de prévention ?

De nombreux internes voient **la mise en place de mesures de protection comme un échec** car de nombreuses situations seraient accessibles à la prévention. La **prévention** est perçue comme parfois **insuffisante**.

I11 : Je pense que quand on en arrive à… enlever un enfant de son milieu familial… Faut quand même le considérer comme un échec parce que, quand on voit comment ça se passe après pour les enfants qui sont placés … Leur vie elle devient pas toute rose quand on les sort de leur milieu familial, donc quelque part je pense qu'il y a… Quand même un échec, je pense vraiment que si tout était pris à temps, il y a une partie de ces enfants qui pourraient, être éduqués par leurs parents.

I11 : On avait des situations qui se finissaient un peu dramatiques mais en amont il y avait quand même pas mal de choses à faire avant d'en arriver à des placements ou à des choses comme ça.

D'ailleurs, certains vivent cela comme un **échec professionnel** et peuvent parfois éprouver un **sentiment de culpabilité**.

I7 : Qu'on le veuille ou non on s'en voudra un peu. C'est humain, je pense qu'on considèrera ça comme un échec pour nous sans que ce soit totalement de notre faute

I6 : Après pour les cas intermédiaires où on a un peu hésité on peut se sentir coupable mais… Il y en a forcément qui passeront à travers.

Mais certains internes ne veulent pas considérer cela comme un **échec**, ils estiment que la prise en charge de l'enfance en danger est **difficile** et **rarement optimale**.

I7 : De toute façon, on a toujours l'impression de faire soit trop tôt soit trop tard et du coup le juste milieu c'est assez… étroit.

I13 : En tout cas, on a pas à vivre ça comme un échec.

Si les mesures de protection sont motivées par **la composante médicale**, les internes se sentent directement concernés et estiment que cela représente un échec de prévention.

I16 : J'ai l'impression que c'est quand même hyper compliqué, peut-être qu'un enfant qui a des caries je me dis que c'est un échec de prévention, j'aurai pu insister sur le brossage de dents (rires) mais bon…

Parmi les avis, des internes évoquent la nécessité d'avoir conscience que **la prévention a ses propres limites** et qu'ils n'ont pas le pouvoir de tout prévenir. Comme évoqué précédemment, certains paramètres apparaissent inaccessibles à des mesures de prévention.

I14 : Tu peux dire aux parents « c'est pas bien de frapper vos enfants, il faut pas faire ça », si ils sont grillés, ils le feront. Je suis pas sûre qu'on puisse avoir vraiment un gros rôle de prévention sur les maltraitances physiques en tout cas pures et dures… enfin je sais pas, peut-être que je me trompe…

Ainsi, pour quelques situations, la **prévention** est **inefficace** et la **protection d'emblée nécessaire.**

I9 : Il y a des situations où des familles c'est foutu d'avance…Tu peux toujours leur donner le bénéfice du doute et tenter de la prévention mais… […] Je pense que dans un paquet de cas malheureusement …je suis peut-être défaitiste mais je pense pas que ça… aurai changé grand-chose. Il y a en a effectivement, je pense qu'il faut rien leur demander et faut faire une IP ou un signalement… voire même ne pas leur dire.

Enfin, la mise en place de mesures de protection n'est parfois pas vue comme un échec mais plutôt comme le **renforcement de la prévention**, et ce, **même sous la contrainte**.

I2 : Non parce que, comme je disais tout à l'heure souvent une IP ça va être le moyen de convoquer les parents pour essayer de mieux leur faire intégrer les mesures de prévention […]

5. Enjeux éthiques

De nombreuses valeurs morales entrent en jeu dans la problématique de l'enfance en danger. La première notion qui tient à cœur à tous les internes est la nécessité de **sauver l'enfant**. Cela est défendu par le fait qu'un enfant est un être **vulnérable** et **innocent**. Il est **inconcevable** de le laisser souffrir.

I14 : Quand tu sens que quelqu'un est en danger et qui n'a pas les moyens de se défendre. Un enfant a pas les moyens de se défendre contre ses parents ou contre… N'importe qui. C'est un enfant et ça met tellement en colère, ça rend triste et c'est vraiment quelque chose… Enfin n'importe qui aurait envie d'agir sur ça.

La part émotionnelle entre en jeu dans ces situations de danger. En effet, certains internes seraient poussés à agir par **empathie et bienveillance**.

D'autres ont peur du **contre-transfert** et de la relation future avec le parent, qui est aussi leur patient.

I11 : […] Et puis je pense que c'est difficile car on voit l'enfant comme un être vulnérable et parfois en cas de fait avéré, on peut juger le parent, peut-être même lui en vouloir , mais on si on continue à les suivre, faut savoir rester neutre, c'est notre devoir de soigner, mais si c'est vraiment des parents maltraitants ou négligeant c'est pas facile tout ça…

Un des autres principes moraux motivant les internes à agir dans le cadre de l'enfance en danger est de **garantir le développement** de l'enfant et **son épanouissement**. L'enfant est vu comme un être ayant des **droits fondamentaux, à respecter**.

I8 : […] Et puis aussi prévenir une vie un peu plus compliquée pour cet enfant qui deviendra grand, qui va peut-être développer des troubles psychiatriques, une anorexie, ou ce genre de chose. C'est peut être aussi de la prévention pour plus tard de prendre en charge ce genre de maltraitance ou de négligence à l'instant T.

Il est important de prendre la décision la plus juste, mais difficile de déterminer ce qui sera le **moins néfaste** pour lui, au **risque d'accepter parfois le danger**, par peur d'aggraver sa situation en agissant.

I12 : […] Qui dit qu'un enfant négligé par ses parents sera mieux si on s'introduit dans sa vie. Parfois ça a aussi l'effet inverse, ça peut chambouler des familles, créer des conflits entre les parents, ça peut aggraver les choses. Je pense […] que quand tu perds ton schéma familial qui dit que ce sera pas pire après…

Certains internes voient dans l'enfance en danger la nécessité de rechercher également une **souffrance parentale** ou dans **la fratrie**.

Le **devoir professionnel**, mais surtout **citoyen** ressort comme une des raisons motivant les internes à agir. Les internes estiment également que c'est un des devoirs du médecin, qui lui, a **le pouvoir** de faire évoluer une situation.

I16 : […] Je pense qu'on agit tous plus en tant qu'humain qu'en tant que médecin, après en tant que médecin on a peut-être plus d'outils, il faut dépister le truc donc on se sent plus coupable si on l'a pas vu, on peut agir.

Un des principes soutenus à plusieurs reprises par les internes est la volonté de ne **pas sous-estimer** la possibilité d'un danger **dans les classes sociales plus aisées**.

I2 : […] Il ne faut pas oublier aussi les enfants qui subissent des violences sexuelles, et souvent dans les familles un peu plus aisées, socialement mieux intégrées […] ça au niveau éthique c'est difficile quand on est au cabinet de sortir de l'idée de « non mais ces parents qui sont bien, ils sont bien cortiqués ».

I4 : C'est vrai que dans les populations aisées il y a aussi de la violence psychologique un peu plus marquée et il ne faut pas oublier les parents qui poussent leurs enfants à faire de grandes études « si tu ne réussis pas t'es nul ». Ça peut être aussi ce côté-là qu'on oublie un peu parce que justement les parents « ah ils sont bien, ils ont un bon travail, ils ont un maison ». Même si l'enfant à l'air d'être dans un environnement sain, il faut y penser.

Enfin, la réflexion sur la notion de limite a fait prendre de la distance à certains internes, pour évoquer que celle-ci n'est **pas fixée**. Elle est née d'une réflexion éthique, d'où la difficulté d'une définition claire. Elle a été **définie par notre société**, elle est d'ailleurs **non consensuelle selon les pays, les cultures**.

I12 : (...) C'est très compliqué parce qu'après c'est la loi qui s'insinue dans la famille. La loi elle représente l'état, et en fait c'est comme si l'état c'était un peu la société, et la société a décidé que c'était inadmissible et qu'elle ne tolérait pas, enfin qu'on était un pays où on tolère pas que l'enfant qualifié de vulnérable puisse être malmené (...) je trouve ça extraordinaire en fait que cette société dise « non, nous on a certaines valeurs, nous on tolère ça, ou on tolère pas ça c'est pas possible » […]. C'est à la fois bien et un peu perturbant

parce qu'en fait le parent doit protéger son enfant mais s'il y arrive pas comme nous on a décidé, on peut lui retirer.

I16 : Après je trouve que justement c'est difficile de… faire la différence entre ce que toi tu trouves pas normal et la vraie enfance en danger parce que des fois c'est en fait des habitudes qui sont pas dans notre culture, mais… où les parents sont adaptés autrement. C'est là que c'est plus difficile.

Au cours des focus group, les internes ont révélé avoir différentes craintes concernant la problématique de l'enfance en danger. Tout d'abord, ils évoquent **la peur de se tromper**. Comme dit précédemment, cela peut être un **frein** à la transmission d'une IP ou d'un signalement, et ce, malgré l'absence de répercussions professionnelles.

Cependant, d'autres disent aussi que **la crainte de ne pas dépister un danger serait supérieure à celle de transmettre à tort.**

I9 : […] Je préfère faire des IP ou signalements en excès… Que putain me dire que je suis passé à côté d'un truc… Enfin je sais pas mais à la PMI on avait beaucoup d'histoires où ça avait vraiment traîné parce que justement, personne n'osait, disait rien… en fait ça trainait.

L'appréhension de la **réaction des parents envers le médecin** apparait comme un frein à l'IP ou au signalement.

10 : Le parent qui pette un câble et qui s'en prend à nous parce que « ce que je fais c'est très bien et vous avez pas à interférer dans ma relation avec mon gosse ».

Dans les deux groupes, certains évoquent la **crainte de rompre la relation de confiance**, voire l'instauration d'une méfiance envers le médecin généraliste, ce qui serait vécu comme un **échec**.

I16 : Moi je pense que tes patients c'est aussi les parents donc je pense qu'il y a forcément un moment où tu romps la confiance et, même si à distance peut-être que certains se diront « en fait avoir une AEMO c'était bien, on m'a aidé »… La confiance elle a été rompue à un moment et c'est difficile de pas le vivre comme un échec je pense.

D'ailleurs, certains internes évoquent la peur de **perdre leur patientèle** en cas d'erreur.

I16 : Elle avait informé les parents qu'elle allait le faire… Je crois qu'elle suivait la famille entière, je crois qu'ils étaient 10… Ils sont plus jamais revenus au cabinet et ils ont changé de médecin traitant.

Certaines craintes rapportées sont **centrées sur la famille**. Certains internes évoquent la peur de **créer du tort** à une famille en cas d'erreur. La vocation du médecin étant d'aider, ils **appréhendent donc de nuire.**

I11 : Peur […] qu'au final ça soit pas du tout un enfant en danger, pas du tout un enfant maltraité… Ses parents soient juste un peu en galère et du coup leur mettre encore plus de difficultés, qu'ils se retrouvent… à devoir se justifier de tout alors qu'ils essaient de subvenir aux besoins de leur enfant et… empirer plus la situation que l'améliorer.

En effet, selon les internes, **l'aggravation de la situation de danger de l'enfant** est une possibilité suite au passage à des mesures de protection. Cela fait aussi partie de leurs craintes.

I13 : Enfin moi j'imagine les petits de 8 ans par exemple « tu vois ce qu'il a dit le médecin, t'as pleuré devant le médecin, c'est ta faute ». La crainte surtout de la réaction des parents

Quelques **pistes d'amélioration** ont été évoquées pour favoriser la transmission d'information :

- L'importance de présenter l'IP comme une mesure bénéfique pouvant les aider afin d'**optimiser l'adhésion médicale**,
- **Faciliter les démarches** en créant un **mode de transmission en ligne,**
- **Déléguer** en cas de nécessité de protection afin de **conserver la relation de confiance médecin-patient,**
- Faire **une IP de manière anonyme, afin de ne pas mettre en cause le médecin généraliste**.

6. Exploration de la différence de formation : vécu selon les deux groupes

a. Ressentis vis-à-vis de la formation théorique

La plupart des internes ont reçu une formation théorique sur l'enfance en danger. Mais quelques-uns n'ont pas bénéficié de la formation en pédiatrie. Ils avaient **la possibilité de choisir plutôt les cours de gynécologie**.

Les internes passés en PMI ont pu bénéficier d'une **formation supplémentaire** sur le plan théorique concernant la thématique de l'enfance en danger. Ils l'ont estimé importante. Cela a été organisé par le Conseil Départemental et les PMI.

Tous les internes sont d'accord sur la **nécessité de cette formation** car ils estiment que les démarches sont difficiles.

D'autant plus que pour certains internes, cela leur a permis **d'enlever certaines représentations négatives** concernant les démarches visant à protéger.

I4 : Si je pensais à IP, je me disais… Que pour une situation… Pas grave entre guillemets […] ça allait mener à quelque chose de dramatique, où on va enlever l'enfant alors que non c'est pas ça j'avais une fausse idée de l'IP.

Mais, certains internes estiment que **la formation théorique ne les rend pas plus à l'aise avec cette problématique** car cela reste des situations délicates et complexes.

Tous les internes expriment ne pas se sentir à l'aise, tout particulièrement **en prévention**. Ils citent notamment **un manque de formation dans ce domaine**, même pour ceux passés en stage en PMI.

I16 : Moi ça me fait penser à tous les enfants qu'on voit arriver avec les parents en consultation, qu'on se dit « houlà… Faudrait faire quelque chose » mais on sait pas trop… Des fois certains arrivent et sont… hyper obèses alors qu'ils ont 4 ans, enfin plein de petites choses comme ça où on sait pas trop comment réagir et on se dit « merde il faudrait faire quelques chose » mais on sait pas trop quoi.

Durant leur internat, **chacun d'eux a, à un moment donné, été confronté à la problématique de l'enfance en danger**, que ce soit en stage en PMI, aux urgences, en hospitalisation, ou en cabinet libéral.

Cependant l'interne ayant fait une partie de son internat en pédiatrie avant d'effectuer son droit au remord en médecine générale, voit une différence. Elle évoque une **différence de formation marquée entre les deux spécialités**.

I16 : Moi je trouve qu'en pédiatrie, on nous apprend à y penser tout le temps, systématiquement. On est un peu avec cette arrière-pensée permanente… Et en médecine générale on a toujours très peur de faire à outrance. Du coup, c'est vraiment pas du tout la même manière de penser.

Les internes passés dans un autre stage qu'à la PMI signalent être globalement **plus à l'aise dans la pédiatrie somatique pathologique** et moins dans l'enfance en danger.
Ces mêmes internes estiment d'ailleurs avoir un **manque d'expérience** concernant l'enfance en danger et que ce dernier peut être un **frein à l'engagement des mesures de prévention et de protection**.

I5 : Par contre pour le côté pratique c'est vrai qu'on manque d'expérience, peut-être passer une journée avec une assistante sociale ou quelqu'un qui s'occupe de ça tout le temps, effectivement de voir un peu les rouages du mécanisme à quel moment on peut faire.

b. Évaluation de l'apport du stage en PMI

Les internes passés en stage à la PMI estiment que **ce stage est indispensable** pour mieux appréhender cette problématique. Il leur a permis de les sensibiliser à différents niveaux notamment :

- **La fréquence de l'enfance en danger,**
- Cette **problématique peut toucher toutes les classes sociales,**
- Le **rôle du médecin généraliste**.
- Les **interlocuteurs**, notamment le 119
- Les **actions en prévention** (TISF)

I3 : Oui je suis d'accord, la PMI c'est vraiment très formateur. J'avais fait des stages quand j'étais externe en pédiatrie, mais à l'hôpital, et il n'y a qu'en PMI que j'ai vu ce genre de prise en charge qu'on ne voit pas forcément à l'hôpital et qui au final, pour un médecin généraliste, c'est plus bénéfique d'avoir cette formation là en tout cas. Tout ça pour dire que PMI c'est très important que ça fasse partie de la formation.

Après leur stage, ils se disent **plus vigilants lors des consultations**.

I4 : Maintenant que je suis passé en PMI, aux consultations je fais beaucoup plus attention aux comportements des parents avec l'enfant, que je faisais peut-être pas avant, et je pose plus des questions « comment ça se passe à la maison ? ». Enfin, des questions un peu plus ciblées, qu'avant je posais pas. Des fois j'ai été un peu plus insistante parce que je sentais que l'enfant était un peu triste, j'avoue que je pose plus des questions ciblées.

c. Pistes d'améliorations évoquées par les internes

Tous les internes pensent finalement que **le stage en PMI serait bénéfique** pour s'améliorer dans la prise en charge d'un enfant en danger. Ils proposent de rendre **la formation en pédiatrie plus complète** en donnant la possibilité à l'intégralité des internes d'effectuer 6 mois de stage en pédiatrie, et de passer à la PMI durant l'un des stages : soit en scindant le stage de pédiatrie en deux, soit en l'intégrant au stage du SASPAS.

I12 : Je pense que c'est vraiment indispensable en fait de voir la PMI et la pathologie […]. Enfin c'est primordial pour savoir comment bien prendre en charge un enfant dans son intégralité.

Certains voient aussi dans la formation un manque de pragmatisme, car souvent orientée sur des pathologies rares donc **peu adaptée à la pratique de la médecine générale**. Ils **souhaiteraient davantage connaître les modalités de prévention du danger**.

I15 : Parce que les urgences en vrai je trouve que c'est limite obligatoire d'y passer parce qu'on apprend tellement de choses et on arrive à voir ce qui est grave, ce qui est pas grave, mais effectivement, le côté prévention, on l'a pas.

I14 : […] Je trouve que du coup on est plus axé sur la protection que sur la prévention […] alors que de ce qui ressort en fait c'est que le rôle du médecin traitant ça va être surtout de la prévention.

Les internes non passés en PMI sont également désireux de **mieux connaître les interlocuteurs** de la prévention et la protection de l'enfance ainsi que **leurs missions**.

I8 : C'est vrai que moi je ne suis pas allé en PMI ou dans des structures qui voient un peu plus de cas ou de situation un peu limites, donc c'est vrai que mieux connaitre les rouages, vers qui orienter, quelles sont les possibilités qu'on a, sans qu'on ait une situation de péril imminent pour l'enfant où là c'est autre chose,. Par exemple une famille en difficulté, vers qui on les oriente, quel suivi on prévoit, et la communication entre les différents intervenants, est-ce qu'on a un retour, ça j'avoue que je ne sais pas trop.

Enfin, **assister à une réunion d'IP** par exemple, a **diminué considérablement les craintes** des futurs médecins généralistes à transmettre une IP. Cela permettrait d'acquérir une certaine expérience pour diminuer l'appréhension de transmettre.

I4 : Assister à une ou deux…réunion d'IP. Ça permet de dédramatiser tout ça, je l'ai dit tout à l'heure mais je pense vraiment que d'assister à ces réunions, au moins on voit comment ça se passe, on voit les décisions qui sont prises, il y a un suivi, je pense que c'est pas mal d'en faire une.

V. Discussion

1. Forces de l'étude

Cette étude est avant tout innovante. Aucune enquête sur l'exploration de la limite entre prévention et protection de l'enfance en danger et des enjeux éthiques associés n'avait jusque-là été réalisée. De même, aucune étude sur la thématique de la protection de l'enfance n'avait permis de recueillir le ressenti de jeunes médecins en formation. En effet, toutes s'adressaient à des médecins généralistes installés.

La prévention de l'enfance en danger a également été peu explorée auparavant. La plupart des études sont anciennes et datent des années 1980 (46), 1998 (47), et 2014 (48) pour la plus récente. En revanche, il existe une étude plus actuelle, mais elle explore la problématique de prévention et protection de l'enfance en période prénatale (50).
Or, des nouveautés législatives ont depuis été annoncées, avec le désir de renforcer la prévention.

Ce travail, effectué sur les internes en médecine générale a eu un effet de sensibilisation et une évolution de leurs idées a pu être objectivée au cours des Focus Group. Cela a permis, de plus, de retranscrire leur désir d'améliorer leurs compétences concernant l'enfance en danger et plus particulièrement en matière de prévention.

En ce qui concerne la méthodologie, cette étude a été réalisée en respectant au mieux les critères de la grille COREQ (35), afin de garantir une validité interne suffisante. La saturation des données a été atteinte au bout du quatrième entretien, ce qui a permis d'éviter un éventuel biais de mesure.
Le biais d'investigation a été limité au maximum, grâce au rôle du modérateur, en empêchant l'émergence d'un leader pouvant entraver la libre expression des participants, ou en mobilisant trop le temps de parole.

2. Limites de l'étude

Quelques faiblesses ont pu être identifiées.

Une des forces de l'étude peut également apparaître comme une limite. Cela est lié à la méthode des Focus Group. En effet, un biais d'investigation a été identifié. Il est directement lié à la timidité de certains participants lors d'une des réunions.
Ce biais d'investigation peut être également dû à la réticence à donner son avis en public lorsque celui-ci n'est « pas socialement ou culturellement correct ». Cela ne peut pas être affirmé, mais reste une hypothèse.

Cette étude comporte 16 participants. Toutefois, tous les internes passés en PMI durant les 3 derniers semestres ont été contactés. La plupart d'entre eux ont soit refusé, soit n'ont jamais répondu. Parmi ceux non passés en stage en PMI, ils ont tous été contactés individuellement mais parmi les nombreuses demandes, peu ont accepté. Enfin, aucun interne n'a répondu à l'annonce publiée sur le réseau social.
Un biais de sélection a donc pu être identifié. En effet, les internes interrogés dans les Focus Group étaient des volontaires motivés, donc probablement ayant un attrait pour la thématique de l'enfance en danger.
Par ailleurs, sur les 16 internes interrogés, 13 étaient des femmes.

Enfin, tous les entretiens ont été réalisés selon la disponibilité de chaque groupe, ce qui n'a pas permis d'effectuer l'analyse au fur et à mesure et de faire évoluer parallèlement le guide d'entretien.

3. Résultats principaux

a. La limite entre prévention et protection

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la limite entre prévention et protection de l'enfance en danger. La difficulté de positionner cette limite a été unanime pour les internes. Elle est subjective et variable mais est également vouée à évoluer.

Parmi les difficultés à placer la limite, certaines ont déjà été évoquées dans la littérature. En effet, la limite est influencée par l'incertitude des internes vis-à-vis du danger. Cela peut modifier la prise de décision. Cette incertitude diagnostique est évoquée également par les MG et les pédiatres comme un frein significatif à entreprendre des démarches (49).
Par ailleurs, comme l'évoquent aussi certains internes, la connaissance de la famille influence la prise de décision, et modifie de manière non négligeable le curseur de la limite (50)(51).

Une étude réalisée sur les structures d'accouchement, services de PMI et CRIP de la région PACA a évalué les pratiques professionnelles concernant les situations de danger prénatals.
La limite fut également difficile à définir lors de l'exploration des situations prénatales. Diverses attitudes peuvent être adoptées par les praticiens témoignant de l'absence de consensus. Certains s'accordaient donc à vouloir renforcer le lien avec les professionnels de santé ou la maternité, d'autres voulaient renforcer l'évaluation de l'environnement de l'enfant à naître tandis que certains voudrait faire une IP, voire un signalement (52).

Cette limite a été explorée de manière indirecte lors d'une étude quantitative effectuée en 2019 auprès de MG, qui évalue les éléments pouvant être déclencheurs de la rédaction d'une IP. On retrouve ainsi les violences intrafamiliales (95,2%), l'absentéisme scolaire (80,9%), les violences conjugales (88%), l'errance médicale (73%), les troubles du comportement infantile (73%), et les difficultés scolaires (73%) (53).

Dans un autre travail évaluant les éléments motivant les démarches de protection par des pédiatres (54) on retrouve certaines lésions, notamment des lésions polymorphes sans étiologie précise ou acquises avant l'âge de la marche, la présence d'un signe de gravité, si apparition d'un questionnement sur la sécurité de l'enfant, et l'impact émotionnel sur l'enfant. L'attitude de l'enfant et des parents entrait également en compte dans le positionnement de la limite. De même que la non-adhésion aux aides proposées.
Par contre certains pédiatres ont souligné que leur attitude pouvait varier selon l'âge de l'enfant : ils auront tendance à faire un signalement d'emblée en cas de suspicion de danger sur un nourrisson, en justifiant de la plus grande fréquence de la maltraitance à cet âge-là, et d'une rapidité d'action alors plus importante.

Enfin, une étude sur le vécu des MG suite à la transmission d'une IP soulève également qu'un des éléments ayant une place prépondérante et pouvant jouer un rôle déterminant dans la limite correspond à une situation rapportée ou confirmée par l'enfant lui-même (51).

Les résultats de ces études se complètent et sont en partie évoqués par les internes interrogés au sein de ce travail. Cependant, ils permettent une exploration des motifs motivant la protection mais ne témoignent pas de la difficulté morale à prendre la décision de passer de la prévention à la protection, comme retranscrite par les internes.

Cette difficulté est reflétée dans un travail de thèse datant de 2017 (55), où les MG soulèvent leur peine à apprécier la limite du tolérable, car cela est différent d'un médecin à l'autre, selon leur réceptivité et leur vécu. La difficulté de la décision entre prévention et protection inciterait d'ailleurs certains MG à avoir des comportements d'évitements. En tout cas, les MG interrogés soulignent que ces situations limites sont les plus marquantes, car elles font naître un questionnement, une inquiétude parfois quant à la conduite à tenir.
Enfin, l'exploration de la limite auprès des internes met en évidence le fait que la prévention n'est souvent pas suffisante et que le passage à des mesures de protection est souvent un échec de celle-ci. Une meilleure prévention permettrait d'éviter le franchissement de cette limite.

D'ailleurs, une majorité de médecins interrogés dans une étude estimaient déjà en 2017 que la prévention et les dispositifs mis en place pour soutenir les familles pouvaient améliorer les situations et éviter la rédaction d'une IP (44). Ils estiment que, tant que cela est possible, la prise en charge doit être privilégiée en prévention et s'intégrer dans une démarche d'aide globale et bienveillante.

b. Les enjeux éthiques

Les enjeux éthiques correspondent à un questionnement qui apparait entre le cadre règlementaire et une situation singulière. C'est une prise de recul sur les valeurs qui sous-tendent l'action. Ils englobent les dilemmes et les conflits de valeurs face à une situation limite. Les internes ont évoqué les principes moraux qu'ils considèrent importants dans la thématique de l'enfance en danger.

Dans ce travail, les principes mis en jeu se bousculent entre la bienfaisance et la non-malfaisance, comme cela est évoqué par certains internes qui craignent de nuire à un enfant plus que de ne l'aider. Le principe de bienfaisance correspond à réaliser un bien considéré en tant que tel par le patient. Il est associé à l'émotion de la compassion.
Le désir d'améliorer la situation d'un enfant, qui est un être vulnérable et impuissant, fait également appel au principe de justice, associé à l'émotion de l'indignation. La plupart des internes considèrent qu'il est le premier principe devant motiver le positionnement de cette limite.
Cependant, les enjeux culturels peuvent s'insinuer dans la question de la norme, tout comme les opinions et les valeurs qui sont propres à chacun. Afin d'évaluer au mieux une situation pour un enfant, il est primordial de s'intéresser à ses besoins fondamentaux et à son futur développement. Enfin, le principe d'autonomie intéresse l'enfance en danger d'une part vis-à-vis des décisions prises par le médecin généraliste, et d'autre part vis-à-vis des parents qui peuvent en être dépourvus suite à la mise en place de mesures de protection. Les médecins généralistes font également face à la notion de responsabilité, celle de prendre la décision d'agir.

Un travail a permis d'étudier les attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place occupée par le médecin généraliste dans leur parcours de vie (56).
Les conséquences évoquées par les victimes sont multiples. Elles concernent la santé physique, psychosomatique et psychique, la nécessité parfois de traitements médicamenteux et les effets indésirables qu'ils impliquent, les conséquences scolaires, professionnelles, sur leurs relations sociales, sur la parentalité, et l'éducation de leurs enfants.
Les conséquences et le vécu de ces victimes sont à prendre en considération afin d'estimer l'importance de la prise en charge précoce de ces enfants. Leur avenir doit toujours apparaître comme une priorité, un objectif à optimiser. Les internes soulignent ici la volonté de garantir le développement et l'épanouissement de l'enfant.

Cependant, les victimes considèrent que même si les médecins ont parfois des doutes, ils n'agissent pas. Ils soulignent un défaut diagnostique malgré les signes d'alerte, et le fait que les MG ont tendance à prendre en charge psychologiquement la mère au lieu de signaler les abus (57). Cela remet en question les notions d'engagement, de responsabilité et de devoir.
Cette étude ayant été faite en 2015 sur d'anciennes victimes de maltraitance infantile, il faut espérer une évolution des pratiques et une amélioration de la prise en charge. Comme cela a été retranscrit au sein des Focus Group, les internes ont conscience de leur rôle professionnel et citoyen.

Les internes éprouvent également la volonté de ne pas sous-estimer le danger dans les classes sociales aisées. Il leur parait donc important d'aller au-delà des préjugés. D'ailleurs, les anciennes victimes attendent que le dépistage soit précoce mais surtout systématique, pour toutes les familles y compris « les bonnes familles ». D'ailleurs, pour améliorer le dépistage, les personnes interrogés proposent également un entretien seul avec l'enfant, favorisant l'écoute de celui-ci (56).

Enfin, certains internes ont soulevé la volonté de rechercher une souffrance au sein de la fratrie. C'est également une volonté des victimes qui témoignent souvent de cette souffrance, qu'elle soit due à des répercussions directes ou indirectes. De même ils évoquent la nécessité de prise en charge des auteurs, avec un enjeu médical, psychologique et social. Ils estiment que celui-ci devrait malgré tout, être envisagé « comme partenaire de soins malgré les

émotions que cela suscite chez le soignant » (56). Le contre transfert apparait en effet dans les entretiens comme une peur dans la prise en charge future de la famille.
Un des leviers d'amélioration de la prise en charge des situations prénatales évoqués dans un travail précédemment cité (52) est *« la volonté de développer une éthique du soin à travers la réflexion autour du sens de l'action menée, l'alliance avec la patiente et la responsabilité »*.
Les démarches en protection de l'enfance sont des démarches qui relèvent de l'éthique du soin car elles sont centrées sur le bien-être et le développement de l'enfant.
Cette piste d'amélioration pourrait donc s'appliquer aux internes en permettant à de jeunes médecins en formation de réfléchir à tous les enjeux décisionnels autour de situations limites, tels que les enjeux médicaux, sociaux, familiaux, culturels, économiques…
Depuis peu, des séances de casuistique ont d'ailleurs été proposées aux internes durant leur formation à l'Espace Éthique Méditerranéen (EEM). Cela permettrait de réfléchir à la prise en charge de certaines situations limites et difficiles et serait utile à leur appréhension future.

c. Formation et exploration de la plus-value du stage en PMI

La formation est un enjeu primordial pour agir de manière optimale dans les situations d'enfance en danger car les médecins généralistes sont des acteurs importants de la protection de l'enfance. La population pédiatrique des médecins généralistes est importante. Alors que le site Doctolib affiche que 9% des consultations sont dédiées à des motifs pédiatriques (57), une autre étude réalisée sur les médecins généralistes de la région PACA affirme que 75% de ces médecins voient plus de 3 enfants par jour en moyenne, voire plus de 6 par jour pour 44,25% d'entre eux (49).
Si un médecin généraliste effectue en moyenne 22 consultations par jour (57), les consultations de pédiatrie constitueraient donc une proportion non négligeable des consultations en une journée.

De plus, en 2018, on ne comptait pas moins de 55,1% des médecins (pédiatres et généralistes) ayant déjà été exposés à une situation d'enfance en danger (49).
Les médecins généralistes sont donc acteurs majeurs dans le champ pédiatrique et sont amenés à rencontrer des situations limites dans leur carrière de manière non négligeable, ce qui confirme la nécessité de formation pour tous les internes en médecine générale.

On peut apercevoir une amélioration de ces connaissances puisqu'en 2013, une étude montrait que 81,9% des médecins interrogés n'avaient jamais reçu d'enseignement sur l'IP (58). En 2019, on voit se poursuivre cette amélioration car 35,7% des MG interrogés connaissent la différence entre IP et signalement (53).
On peut également noter une amélioration du désir de prise en charge collective avec les interlocuteurs de l'enfance en danger car cette même étude montrait que la collaboration avec ces services n'était envisagée que par 15,6% des médecins généralistes (58). Or les internes citent tous la PMI comme un interlocuteur privilégié, utile à la fois pour les conseils et pour la prise en charge. Ils n'expriment aucune réticence à contacter ce service.

Le stage en PMI permet, selon tous les internes, une amélioration de la sensibilisation autour de l'enfance en danger dont l'enjeu est indéniable. Les internes passés en PMI ont une meilleure connaissance des services de protection de l'enfance. Certains internes évoquent d'ailleurs un changement de comportement dans leur pratique future, en devenant plus vigilants. Les missions de la PMI et les interlocuteurs sont également mieux connus de ce groupe. Ce stage permet par ailleurs d'effacer les craintes dues aux représentations péjoratives des IP et signalements, en intégrant notamment comme certains l'évoquent, la participation à une réunion d'IP.

En revanche, tous les internes, qu'ils soient passés en PMI ou non, insistent sur la nécessité d'amélioration des connaissances concernant les mesures de prévention. Cela apparait comme un enjeu majeur dans la mesure où de nombreuses situations sont accessibles et pourraient être améliorées simplement, en collaboration avec les parents.

Nous pouvons donc largement supposer le bénéfice à effectuer un stage en PMI. Cette hypothèse a été évoquée par les deux groupes d'internes. Ils souhaiteraient tous une formation pratique et théorique plus complète, afin d'acquérir une certaine expérience dans ce domaine, tout en gardant une partie d'apprentissage dans le domaine somatique.
Cependant aucune étude quantitative n'a jamais été faite sur l'évaluation des connaissances des internes des deux groupes permettant d'affirmer une réelle différence de formation.

4. Perspectives

a. Nécessité d'amélioration de la connaissance des services de protection de l'enfance et des interactions avec le MG

Malgré la place forte qu'occupe la PMI selon les internes, les autres interlocuteurs sont moins bien connus, notamment des internes non passés en PMI : la CRIP, le SNATED (119) et le médecin référent protection de l'enfance au niveau du département. Ces interlocuteurs mériteraient de faire partie des acteurs indispensables à connaître pour permettre à chacun de mieux s'orienter selon la nécessité.

Comme dit précédemment, une sensibilisation sur tous les acteurs de la prise en charge est indispensable, mais il semblerait également important d'insister sur leurs fonctions exactes.
Les missions précises de ces structures sont en effet toujours méconnues, notamment par les internes non passés en stage à la PMI. Ce résultat était déjà mis en évidence auprès des MG en 2013 car il ne retrouvait que 2,4% des interrogés connaissant la fonction exacte des services de protection de l'enfance (58). Ce résultat était confirmé par un travail effectué en 2019, qui montre que le traitement de l'IP par la MDS est méconnu des médecins généralistes. Et, la méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans les situations de danger est un frein à la rédaction de l'IP pour 61,9% des MG interrogés (53).

Cependant si les internes estiment que l'évaluation et la prise en charge collégiale est bénéfique aux situations d'enfance en danger, ils insistent également sur la nécessité de retour concernant les mesures mises en place ainsi que le suivi effectué. Cela permettrait une meilleure coordination et une continuité pour la prise en charge globale de l'enfant après les démarches. Le MG serait donc intégré à cette prise en charge et on imagine que cela pourrait renforcer son implication. Ce souhait est également évoqué par les MG lors d'une étude effectuée en 2017 (53).

b. Mieux connaître les modalités de rédaction et de transmission de l'IP ou du signalement

La connaissance des modalités de rédaction est un réel frein évoqué par tous les internes au cours de cette étude. L'étude faite en 2018 évaluant les MG et pédiatres de la région PACA avait d'ailleurs mis en évidence que seuls 22,5% des médecins interrogés connaissaient le contenu d'une IP et que 20,8% des praticiens ne savaient pas comment adresser un signalement (49). Cela devrait ainsi être abordé lors de la formation des internes.

De plus, les précédentes études avaient mis en exergue la volonté des MG d'avoir un guide de bonne pratique concernant l'enfance en danger et les modalités de rédaction de l'IP et du signalement (58)(53). D'autant que la méconnaissance des procédures et coordonnées des interlocuteurs apparaissent comme un frein à la rédaction d'une IP dans plusieurs études récentes (49)(53).
Or, un guide juridique à l'attention des professionnels de l'enfance a été rédigé en 2014 en collaboration avec le Ministère de la Santé de l'époque. Celui-ci est régulièrement mis à jour et contient une sensibilisation à la problématique de l'enfance en danger et toutes les informations nécessaires concernant les possibilités et modalités d'action face à un enfant en danger. Il donne également aux futurs médecins, des notions sur les différentes mesures pouvant être mises en place suite à une IP ou un signalement (24). Il existe également un guide rédigé par le département des Bouches-du-Rhône, qui fournit notamment les conseils de rédaction de l'IP et les coordonnées des MDS et de la CRIP13(40). Ces guides n'ont jamais été évoqué au cours des Focus Group et ne semblent connu par aucun interne alors interrogé.
Il semblerait qu'une meilleure diffusion auprès du corps médical soit nécessaire, et que ces guides devraient être abordés auprès des internes, qui pourront ainsi les utiliser comme des outils de choix face à des situations évocatrices de danger.

Les internes évoquent également comme piste d'amélioration, l'idée de rendre les démarches d'IP et de signalement plus faciles.
Ce résultat a déjà été évoqué par 38,9% des MG dans un travail de 2013, qui estiment qu'une simplification de réalisation de l'IP et du signalement, permettrait de transmettre plus souvent.(58)

c. Différences de perceptions de l'enfance en danger entre pédiatres et MG

Les résultats de cette étude qualitative mettent en évidence une différence de perception et d'approche de l'enfance en danger entre pédiatres et MG.

La différence de formation entre les MG et les pédiatres avait déjà été remarqué dans un travail de thèse, puisque 81,7% de pédiatres déclaraient avoir été formés contre seulement 32,4% des MG. Cette différence apparait comme significative ($p<0,001$), témoignant du décalage évident de formation sur la protection de l'enfance. Enfin, pour 45% des MG, aucune formation n'avait été déclarée sur cette thématique.

Les pédiatres ont ainsi une vision plus claire en matière d'IP et de signalement : c'est-à-dire quand faire quoi, et en matière de collaboration interprofessionnelles (54).

Par ailleurs, il apparait de manière significative que les médecins ayant reçu un enseignement avaient de meilleures connaissances théoriques. Et cela était indépendant de l'âge, de la durée d'installation ou du type d'exercice.

Ces connaissances théoriques restaient néanmoins insuffisantes car seulement 18% des médecins interrogés ont donné la bonne définition de l'enfant en risque de maltraitance (49).

Tous ces éléments révèlent la différence de formation durant l'internat dans les deux spécialités. La sensibilisation majeure des internes en pédiatrie devrait être un exemple afin de se concentrer sur le bien-être de l'enfant et respecter au mieux ses besoins fondamentaux. Les internes en médecine générale sont ainsi des cibles majeures d'amélioration des pratiques qui pourront intervenir de manière plus précoce et plus efficace, et ce, avec probablement plus d'assurance qu'à l'heure actuelle.

VI. Conclusion

L'enfance en danger est un enjeu important pour les médecins généralistes. D'une part parce que les enfants représentent un nombre non négligeable de leur patientèle, et d'autre part pour les conséquences sur leur développement en cas de non-repérage ou en l'absence de prise en charge de ces situations de danger.

La mise en place de mesures de prévention ou de protection doit être adaptée en fonction de la présence d'un danger ou d'un risque de danger.

Cependant, la définition claire de la limite entre la prévention et la protection parait illusoire. En effet, elle correspond à un niveau d'inquiétude suffisant apprécié différemment par chaque médecin généraliste qui va motiver soit la mise en place de mesures de prévention ou d'accompagnement, soit la réalisation d'une IP ou d'un signalement.

Ce niveau d'inquiétude est subjectif et évolutif dans le temps selon le vécu et les expériences professionnelles et personnelles de chaque médecin.

Aborder cette notion de limite a permis de montrer l'intérêt de l'approche éthique, en particulier chez les internes en médecine générale car ce travail, a eu un effet de sensibilisation.

L'exploration de ces situations limites a permis également de mettre en lumière certaines difficultés au sein même de la problématique de l'enfance en danger. Les internes retranscrivent certains freins et craintes, d'abord dans le repérage, qui se doit d'être précoce et systématique, puis dans la prévention des situations à risques et enfin quant à la mise en place éventuelle de mesures de protection.

Pour les aider dans cette mission, la formation auprès des internes doit être complète et suffisante. Cela implique une amélioration de la connaissance des missions des interlocuteurs de l'enfance en danger (PMI, médecin référent protection de l'enfance, professionnels de la petite enfance, pédopsychiatres…), une amélioration de la connaissance des procédures et modalités de transmission d'information, et une amélioration de la connaissance des mesures de prévention pouvant être proposées aux parents, souvent suffisantes pour améliorer la situation de l'enfant.

La formation pratique doit également être l'un des enjeux, puisque la PMI a un rôle majeur dans la sensibilisation au repérage, la prise en charge des situations de danger ou de risque

de danger et dans la coordination pluri-partenaire. Enfin, cette formation doit les sensibiliser à la complexité des situations limites, celles qui soulèvent des enjeux éthiques. Le travail en réseau entre partenaires sera alors indispensable.

Bibliographie

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. janv 2009;373(9657):68-81.

2. Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072634/

3. Protection maternelle et infantile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile

4. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018 | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/publications/cp-chiffres-cles-en-protection-lenfance-au-31-decembre-2018

5. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance

6. Les chiffres clés de la Justice - Édition 2019 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/les-chiffres-cles-de-la-justice-edition-2019-32762.html

7. Raynal F, Allemoz E. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. 2015;(38):17-22.

8. Article 375 - Code civil - Légifrance [Internet]. Code civil. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/

9. ODAS | Définition de l'enfant en danger [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger

10. Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207276/

11. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

12. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.

13. Einaudi M-A. Enfance en danger : nouveautés en protection de l'enfance et rôle des médecins. In: La nouvelle édition de pédiatrie ambulatoire, Progrès en pédiatrie [Internet]. Doin; 2019 [cité 16 mars 2021]. p. Chapitre 42. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02359009

14. Présentation du CNPE [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conseil-national-de-la-protection-de-l-enfance-cnpe/article/presentation-du-cnpe

15. Assemblée Nationale. Projet de loi n° 4264 relatif à la protection des enfants [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4264_projet-loi

16. Assemblée Nationale. Proposition de loi n° 4350 visant à mieux lutter contre la maltraitance des enfants [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4350_proposition-loi

17. Article 4 - Secret professionnel [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel

18. Article R4127-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912862/

19. Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945/

20. Secret médical [Internet]. Service-Public.fr. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302

21. Eric Allemoz, Béatrice Bochet, Nathalie Da Cruz, Claire Peltier. Numéro Spécial Secret Médical. Bulletins d'information de l'Ordre national des médecins. 29 nov 2012;(Nov-Dec 2012):28-31.

22. Article L226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908/

23. Article 434-3 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/

24. Ministère des Solidarités et de la Santé. Agir contre la maltraitance - Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance [Internet]. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/agir-contre-la-maltraitance-guide-juridique-a-l-usage-des-professionnels-de-l

25. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF France. 2015 [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant

26. Marie-Paule Martin Blachais. Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Internet]. 2017 févr [cité 3 juin 2021] p. 129. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en

27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Un nouveau Pacte pour l'enfance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/article/un-nouveau-pacte-pour-l-enfance

28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le rapport des 1000 premiers jours : une commission d'experts à l'appui [Internet]. 2019 sept [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/le-rapport-des-1000-premiers-jours-une-commission-d-experts-a-l-appui

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? [Internet]. 2019 sept [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est

30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants/article/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants

31. HAS. Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence [Internet]. 2021 janv [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference

32. Cadart M-L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Informations sociales. 2007;n° 140(4):52-63.

33. Article L2111-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687349/2007-12-22

34. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

35. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

36. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé. Wolters Kluwer Health France; 2021. 192 p.

37. Powell RichardA, Single HelenM. Focus Groups. International Journal for Quality in Health Care. 1 janv 1996;8(5):499-504.

38. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 29 juill 1995;311(7000):299-302.

39. Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement Méthodologie de référence MR-003 | CNIL [Internet]. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement

40. Département des Bouches-du-Rhône. Guide de l'information préoccupante et du signalement des Bouches-du-Rhône. 2018.

41. Infanticides : l'impact des chiffres [Internet]. 2018 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.editions-legislatives.fr/actualite/infanticides-l'impact-des-chiffres

42. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health. avr 2006;60(4):337-40.

43. La protection de l'enfance [Internet]. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://www.departement13.fr/nos-actions/enfance-famille/les-dispositifs/la-protection-de-lenfance/

44. Tursz A. La maltraitance envers les enfants: Qu'en sait-on actuellement en France? Les Cahiers Dynamiques. 2015;66(4):17.

45. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 27 avr 2011;(23):147-81.

46. Le Corre G. L'enfance en danger: situation dans le sud-Finistère, prévention, place et rôle du médecin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 1980.

47. Sommacal-Dontenwiller C. Enfance en danger: face aux sévices, dépistage, conduite à tenir et prévention [Thèse d'exercice]. [France]: Université Louis Pasteur (Strasbourg). Faculté de médecine; 1998.

48. Tchimbakala D. Obstacles à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des mineurs en danger par les médecins généralistes: revue structurée de littérature et synthèse thématique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2014.

49. Simeon S. Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA [Internet]. Aix-Marseille Université; 2018 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615219

50. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie: le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297102

51. Grégoire L. Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019. 21 janv 2021;96.

52. Einaudi M-A, Bernard O, Tardieu S. Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. Sante Publique. 25 sept 2019;Vol. 31(3):347-55.

53. Serrano B. Les connaissances et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la loi du 5 mars 2007. 23 avr 2019;75.

54. Camenen B. Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère [Internet]. 2017 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633550

55. Ogier D. Médecins généralistes et protection de l'enfance: écouter, observer, s'interroger, agir [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.

56. Lestienne F, Casta C. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie. Exercer. avr 2016;(126):156-7.

57. Doctolib. «Comment travaillent les médecins généralistes?» [Internet]. 2017 avr [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://docplayer.fr/52462771-Comment-travaillent-les-medecins-generalistes-une-etude-de-doctolib-sur-l-activite-des-medecins-generalistes-avril-synthese-de-l-etude.html

58. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007: enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

Annexes

Annexe n°1 – Grille d'entretien

Guide d'entretien

1) Qu'évoque pour vous l'enfance en danger ou en risque de danger

- Avez-vous reçu une formation théorique ou pratique sur le sujet ?
- Pensez-vous que cette problématique touche beaucoup d'enfants ?
- Dans votre pratique, êtes-vous plus attentifs pour un type de famille (caractéristiques sociales ? culture ?)
- Qu'évoquent pour vous les notions de prévention et de protection dans le cadre de l'enfance en danger ?
- Avez-vous déjà été confronté à une situation qui vous a posé des questionnements sur le danger ou le risque ?

2) Quelle attitude adoptez-vous face à un danger ou un risque de danger identifié ?

- Êtes-vous à l'aise pour aborder les questions d'éducation, de prévention, d'accompagnement avec les parents ?
- Quelles sont les mesures de prévention auxquelles vous pensez en cas de situation à risque ?
- Demandez-vous à des interlocuteurs de l'aide ? Lesquels ?
- Dans une situation à risque que vous suivez ou accompagnez avec des partenaires, quelle est la limite où vous identifiez que la prévention n'est pas suffisante ?
- Quand est-ce que vous pensez à transmettre une IP, ou dans les situations les plus graves, un signalement ?
- Pensez-vous que basculer dans le champ de la protection résulte d'un échec de prévention ?

3) Qu'est-ce qui vous pose problème dans la mise en place de mesures préventives ou protectrices en MG ?

- Avez-vous des craintes lorsque vous abordez les mesures de prévention ou de protection ? Concernant votre statut de médecin, la famille suivie ou encore les décisions ?
- Seriez-vous réticents à contacter les services sociaux dans une situation à risque ?
- Avez-vous identifié sur vos territoires d'exercice les partenaires de MDS ou associatifs et savez-vous comment ils travaillent ou comment travailler avec ?

4) Qu'est-ce qui vous aiderait, durant votre internat, à vous sentir capable de gérer ces situations lors de votre carrière future ?

- Quelle place peut jouer selon vous le MG dans ces situations ?
- Quels sont les limites que vous identifiez pour prendre en charge ces enfants ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration que vous pouvez identifier pour que l'on soit capable de gérer un danger ou un risque ?
- D'un point de vue éthique, quels sont les enjeux que vous percevez et qui vous motiveront à agir dans ces situations un peu limites ? (Autant d'un point de vue prévention que protection)

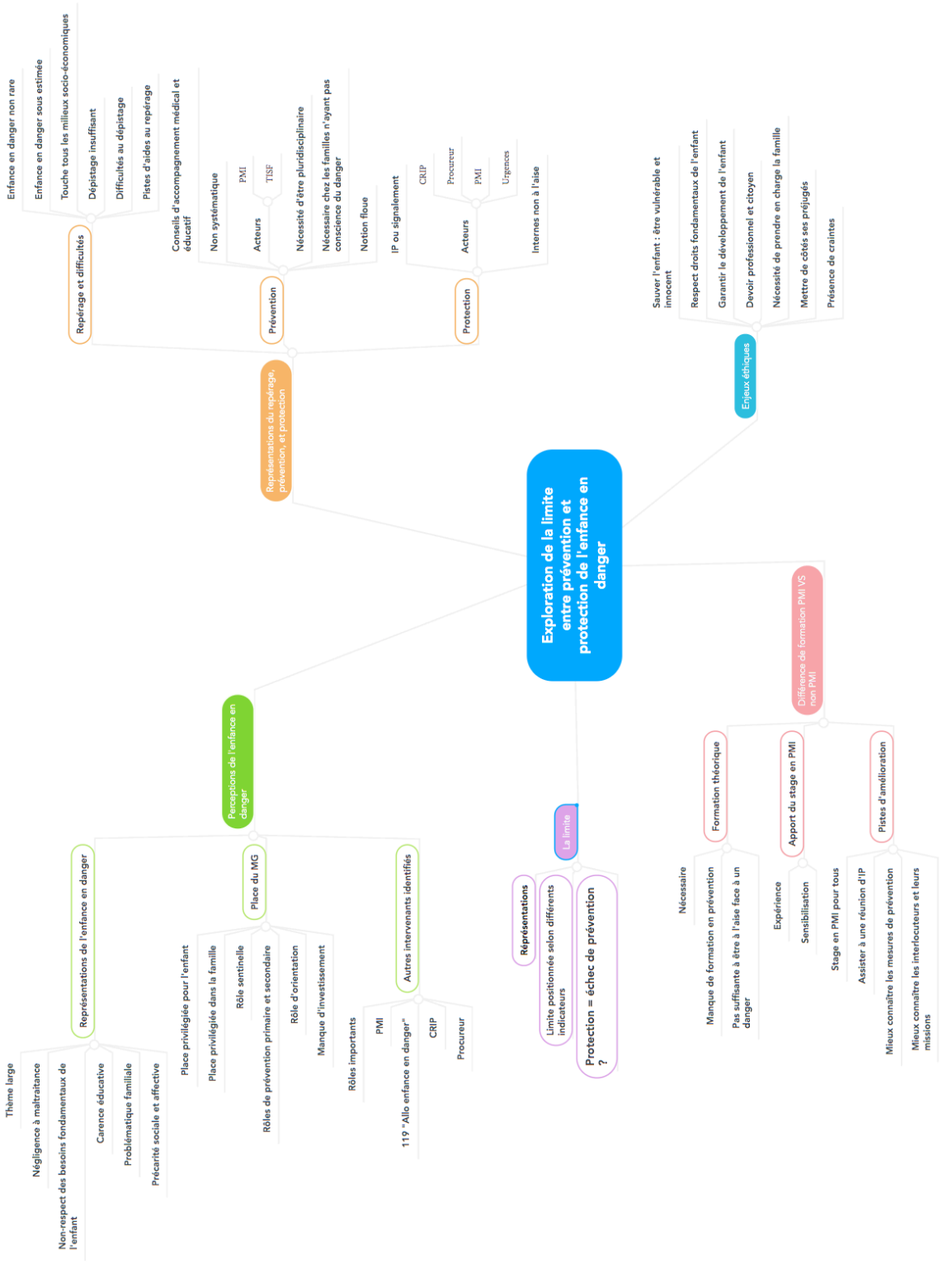
Annexe n°2 – Grille COREQ

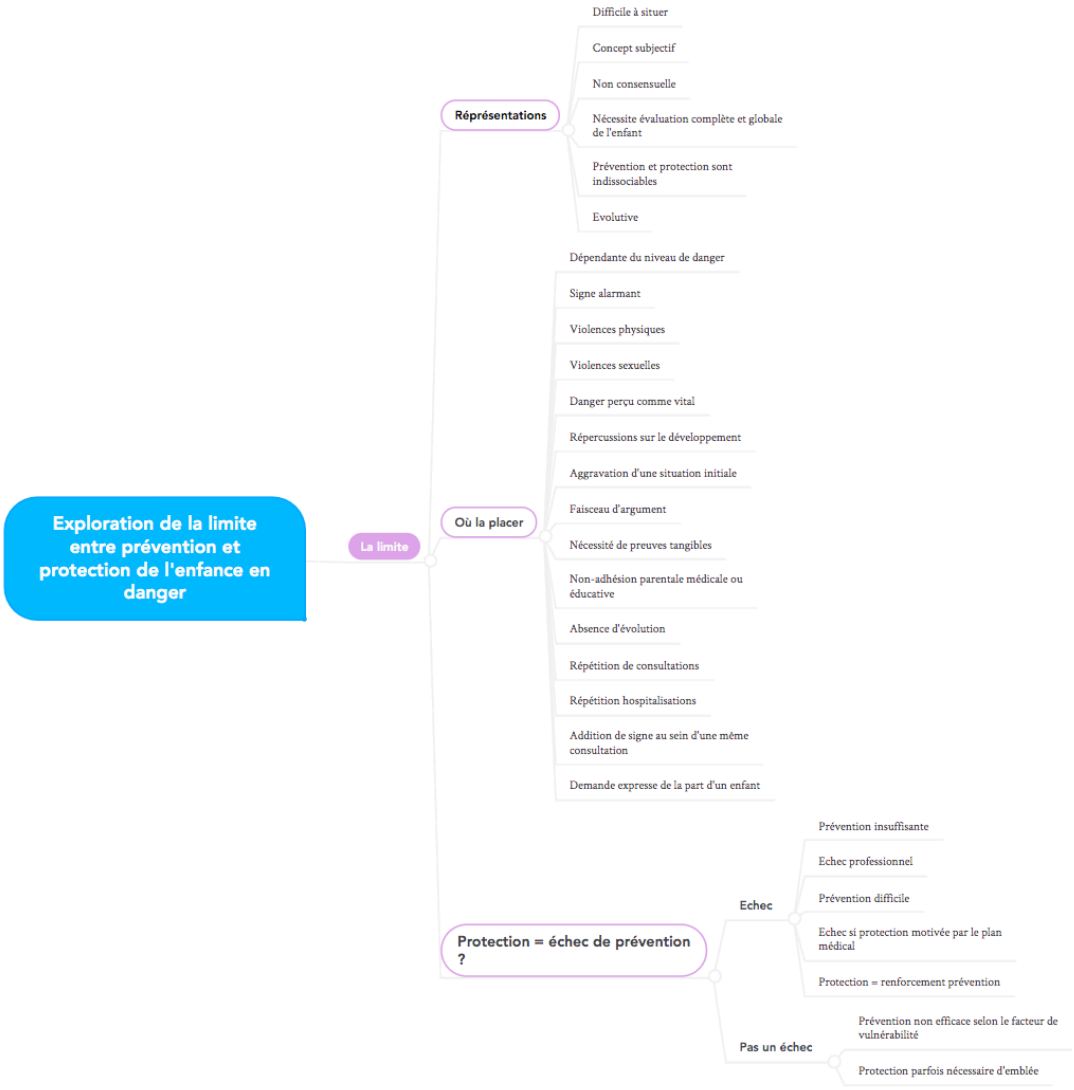
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Lisa Calvino
2.	Titres académiques	DU Prise en charge de l'enfant en Médecine Générale
3.	Activité	Interne en médecine générale
4.	Genre	Femme
5.	Expérience et formation	Première étude qualitative
Relation avec les participants		
6.	Relation antérieure	L'enquêtrice connaissait certains internes interrogés
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Statut de l'enquêtrice et thème de l'enquête connu
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour l'objectif de l'étude énoncée
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Méthode d'échantillonnage avec critères définis et application du principe de diversification
11.	Prise de contact	Par téléphone, mail ou réseau social
12.	Taille de l'échantillon	16 internes inclus
13.	Non-participation	26 internes non inclus (absence de réponse, manque de temps, peu à l'aise avec le suejt)
Contexte		
14.	Cadre de la collecte des données	4 entretiens ont été réalisés, tous en visio-conférence

15.	Présence des non-participants	Non
16.	Description de l'échantillon	Échantillon : 16 internes - 13 femmes, 3 hommes - Moyenne d'âge : 25-35 ans
	Recueil des données	
17.	Guide d'entretien	Guide d'entretien réalisé au préalable selon une étude de la littérature, non évolutif
18.	Entretien répétés	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement vidéo via l'application Zoom avec double enregistrement audio (smartphone)
20.	Cahier de terrain	Notes de terrain prises pendant entretien
21.	Durée	Durée minimale : 51 min Durée maximale : 1h06min Durée moyenne : 59 min
22.	Seuil de saturation	La saturation des données a été établie au bout de 3 entretiens. Le 4ème a confirmé l'absence de nouvelles idées.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions des verbatims n'ont pas été retournées aux participants
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24.	Nombre de personnes codant les données	Deux
25.	Description de l'arbre de codage	Arbre de codage en Annexe n°3
26.	Détermination des thèmes	Thèmes identifiés à priori
27.	Logiciel	Word : retranscription des verbatims Excel : codage des verbatims
28.	Vérification par les participants	Absence de vérification par les participants

Rédaction		
29.	Citations présentes	Les citations des internes ont été utilisées pour illustrer les résultats, après anonymisation. Chaque citation était identifiée par la lettre « I » suivi d'un numéro attribué à chaque interne
30.	Cohérence des données et des résultats	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe n°3 – Représentation des résultats




Exploration de la limite entre prévention et protection de l'enfance en danger
La limite
Réprésentations
Difficile à situer
Concept subjectif
Non consensuelle
Nécessite évaluation complète et globale de l'enfant
Prévention et protection sont indissociables
Evolutive
Où la placer
Dépendante du niveau de danger
Signe alarmant
Violences physiques
Violences sexuelles
Danger perçu comme vital
Répercussions sur le développement
Aggravation d'une situation initiale
Faisceau d'argument
Nécessité de preuves tangibles
Non-adhésion parentale médicale ou éducative
Absence d'évolution
Répétition de consultations
Répétition hospitalisations
Addition de signe au sein d'une même consultation
Demande expresse de la part d'un enfant
Protection = échec de prévention ?
Echec
Prévention insuffisante
Echec professionnel
Prévention difficile
Echec si protection motivée par le plan médical
Protection = renforcement prévention
Pas un échec
Prévention non efficace selon le facteur de vulnérabilité
Protection parfois nécessaire d'emblée

Abréviations

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CD : Conseil Départemental

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

MG : Médecin Généraliste

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

IP : Information Préoccupante

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

ONDE : Observatoire National de l'Enfance en Danger

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

MDS : Maison Départementale de la Solidarité

TGI : Tribunal de Grande Instance

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AGBF : Aide à la Gestion du Budget Familial

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

AED : Action Éducative à Domicile

ECNi : Épreuves Classantes Nationales informatisées

MSU : Maître de Stage des Universités

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires

GP : Gynécologie-Pédiatrie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

EEM : Espace Éthique Méditerranéen

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

RESUME

Introduction : L'enfance est une période déterminante de construction. Cependant, il s'agit aussi d'une période de grande vulnérabilité durant laquelle l'enfant peut être victime de dangers, de négligences ou de maltraitances. Le médecin généraliste peut être exposé à des situations limites où la question de la conduite à tenir se pose. L'objectif de ce travail est d'explorer la frontière entre la prévention et la protection de l'enfance en danger et d'explorer les enjeux éthiques associés auprès de médecins en formation. L'objectif secondaire est d'évaluer l'apport du stage en PMI dans la problématique de l'enfance en danger pour les internes.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée par des Focus Group auprès d'internes en médecine générale ayant réalisé leur stage en pédiatrie. L'analyse a été effectuée selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Les internes ont confirmé la difficulté à définir une limite claire entre prévention et protection. Elle est vue comme un concept subjectif et évolutif. Cette limite est considérée par les internes comme variable selon les expériences personnelles et professionnelles. Bien que pour certains, les notions de prévention et protection vont de pair et sont indissociables, pour d'autres la nécessité de renforcer la prévention afin d'éviter des mesures de protection apparaît comme une évidence. Les internes évoquent également certaines craintes et freins concernant leur rôle à jouer dans la mise en place des mesures de prévention ou dans les démarches à effectuer pour protéger l'enfant. Ils éprouvent la volonté de mieux connaître les acteurs de l'enfance en danger et leurs missions. La formation théorique et pratique au sein d'un service de Protection Maternelle (PMI) et Infantile est ainsi considérée par tous comme une nécessité. La réflexion autour de la problématique de l'enfance en danger a fait ressortir certains questionnements éthiques et conflits de valeur auxquels ils font face.

Conclusion : L'enfance en danger ou en risque de danger est un enjeu important pour les internes qui souhaitent garantir le bon développement de ces enfants. Ce travail a eu un effet de sensibilisation auprès de ces internes. Mais, pour les aider dans leur pratique future, la formation doit devenir complète et intégrer le domaine de la réflexion éthique.

Mots clés : Enfance en danger, Limite, Interne en médecine générale, Prévention, Protection, Formation, Éthique, PMI.