



Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Société Suisse de Pédiatrie
Società Svizzera di Pediatria



Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
Société Suisse de Chirurgie Infantile
Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica

SGKJPP
Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

SSPPEA
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
d'Enfants et d'Adolescents

SSPIA
Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia
Infantile e dell'Adolescenza

**PSY
&
SSP**

Groupe de travail
Protection de l'Enfant
des hôpitaux pédiatriques suisses

Recommandations

pour les activités liées à
la protection de l'enfant
dans les hôpitaux pédiatriques

Tables des matières

1. Structure et fonctionnement	2
2. Formation post-graduée dans les activités liées à la protection de l'enfant	3
3. Procédure lors de suspicion de maltraitance physique et/ou de négligence	6
4. Procédure lors de suspicion d'abus sexuel	8
5. Possibilités d'intervention des groupes de protection de l'enfant	11
Annexes	12

Ces recommandations ont été élaborées par

Markus Bittel, Biel ¹

Ueli Bühlmann, Zürich ²

Marianne Caflisch, Genève ²

Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne ²

Maria Teresa Diez Grieser, Zürich ⁴

Hanspeter E. Gnehm, Aarau ²

Tamara Guidi, St. Gallen ²

Urs Hunziker, Winterthur ²

Elmar Keller, Chur ²

Ueli Lips, Zürich ²

Jérôme Perret, Basel ⁵

Ronnie Rehorek, Bruderholz ³

Johannes Spalinger, Luzern ²

Jürg Unger-Köppel, Aarau ³

Markus Wopmann, Baden ²

Christian Wüthrich, Bern ³

¹ Spécialiste FMH en Chirurgie Pédiatrique

² Spécialistes FMH en Pédiatrie

³ Spécialistes FMH en Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents

⁴ Psychothérapeute FSP

⁵ Assistant social

Rédaction: Ueli Lips, Zürich

Traduction française: Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne

<http://www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-fr.pdf>

Introduction

Des enfants maltraités – qui ne sont pour la plupart pas reconnus comme tels – fréquentent chaque jour nos services de pédiatrie. La diversité du tableau clinique de cette entité et les particularités psychologiques des patients qui en souffrent rendent son diagnostic difficile. Les mauvais traitements envers les enfants sont pourtant plus fréquents que d'autres groupes de pathologies, par exemple les malformations cardiaques, les tumeurs malignes ou maladies métaboliques. De plus, il est extrêmement important de reconnaître ces enfants comme tels car leur pronostic dépend beaucoup de la révélation précoce des faits et d'une prise en charge interdisciplinaire adéquate.

C'est pour cette raison que le groupe de travail pour la protection de l'enfant des hôpitaux pédiatriques – qui est une commission de la section clinique de la société suisse de pédiatrie – s'est fixé comme objectif d'élaborer des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la maltraitance envers les enfants. Ce groupe est composé de spécialistes expérimentés dans les domaines de la chirurgie pédiatrique, de la pédopsychiatrie et de la pédiatrie.

En raison de la fréquence de la maltraitance, la protection de l'enfant ne devrait pas être une discipline ne relevant que de quelques spécialistes mais devrait être intégrée dans le mode de pensée de chaque médecin, en terme de sensibilisation à ce problème et de prise de conscience de ce phénomène. La protection de l'enfant devrait faire partie du cahier de charge de tout médecin-chef et devrait figurer au catalogue des sujets d'apprentissage pour la formation FMH en pédiatrie et en médecine de l'adolescent ; le thème de la maltraitance devrait être également un sujet d'examen FMH pour notre spécialité.

Les recommandations ci-jointes devraient servir de fil conducteur à tous les médecins travaillant dans un service pédiatrique, particulièrement lors du premier contact avec les enfants et adolescents et avec leurs accompagnants (le plus souvent dans des situations d'urgence). Avant d'être mises en place dans la pratique, ces recommandations doivent être adaptées en fonction des caractéristiques locales de chaque service (personnel, infrastructure, etc.). Ce travail devrait d'ailleurs s'effectuer en collaboration avec le groupe local de protection de l'enfant. Les lignes directrices internes qui seront ainsi créées dans chaque service auront pour but d'éviter des actions inadéquates ou des initiatives isolées, même dans des situations de stress.

Ce document se limite à des mesures médicales, d'urgence et ne comprend pas des mesures plus globales qui font partie des tâches des structures locales pour la protection de l'enfant.

1. Structure et fonctionnement

1. La protection de l'enfant fait partie des missions de chaque service de pédiatrie. Un groupe de travail pour la protection de l'enfant doit être présent dans chaque hôpital pédiatrique. Ses activités figurent dans le rapport annuel du service.
2. La direction médicale définit avec le groupe de protection de l'enfant aussi bien les procédures en rapport avec la protection de l'enfant que la formation post-graduée interne. La direction médicale rend possible la collaboration au niveau suisse.
3. La direction médicale donne la possibilité au groupe de protection de l'enfant d'effectuer sa propre formation post-graduée et continue ainsi que de disposer d'une supervision.
4. Les cas de maltraitance doivent être pris en charge de façon interdisciplinaire et inter-institutionnelle.
5. Les décisions lors de constat de maltraitance ne doivent pas être prises individuellement, mais si possible au moins par 2 personnes.
6. Le groupe de protection de l'enfant se réunit régulièrement pour des colloques interdisciplinaires.
7. La convocation en urgence du groupe de protection de l'enfant devrait être possible en moins de 24 heures.

2. Formation post graduée dans le domaine de la protection de l'enfant

A. CONTENU DE LA FORMATION: Catalogue des sujets d'apprentissage

1. Définitions

- Maltraitance physique
- Maltraitance psychique
- Négligence
- Abus sexuel

2. Données épidémiologiques

- Maltraitance physique
- Maltraitance psychique
- Négligence
- Abus sexuel

3. Aspects somatiques

I. Lésions suspectes externes (cutanées et muqueuses) - Lésions traumatiques (aspects, description, datation, localisation)

- manifestations cutanées
- brûlures
- morsures
- lésions d'immersion

II. Lésions internes traumatiques

III. Aspects radiologiques - Fractures suspectes (description et datation des fractures)

- fractures squelettiques
- fractures du crâne

IV. Aspects neurochirurgicaux

- lésions intra-crâniennes
- lésions ophtalmologiques
- e. a. « shaken baby syndrome »

V. Empoisonnements

VI. Abus sexuels

- Aspects gynécologiques (éléments spécifiques compatibles avec des abus sexuels)

VII. Négligence

VIII. Syndrome de Münchhausen par procuration

4. Aspects psychologiques et développementaux

- développement psycho-affectif de l'enfant et de l'adolescent
- sexualité de l'enfant et de l'adolescent
- relations précoces mère-enfant et relations intra-familiales
- violences intra-familiales

5. Aspects psychiatriques

- troubles du comportement
- troubles de la personnalité
- troubles psychosomatiques
- troubles du comportement alimentaire
- problèmes de dépendances

6. Aspects éthiques

- la confidentialité
- déontologie médicale

7. Aspects sociaux et de prévention

- facteurs de risque
- signes d'appel chez l'enfant
- signes d'appel chez les parents
- signes d'appel dans l'entourage de l'enfant
- risques de victimisation
- mesures de protection

8. Aspects juridiques

- secret médical
- notion du code pénal et de la loi sur l'aide aux victimes
- les mandats tutélaires et les curatelles (rôle et causes des mandats tutélaires)
- le droit d'aviser
- la clause péril/ mesures pré-provisionnelles
- le retrait de garde et autres mesures
- place du médecin légiste et du médecin expert
- place du médecin témoin devant la justice

9. Aspects techniques

I. techniques de communication et d'écoute

- recueil de données (anamnèse)
- principes et difficultés du témoignage

II. fonctionnement des groupes de protection

III. objectifs du groupe de protection de l'enfant

IV. marche à suivre

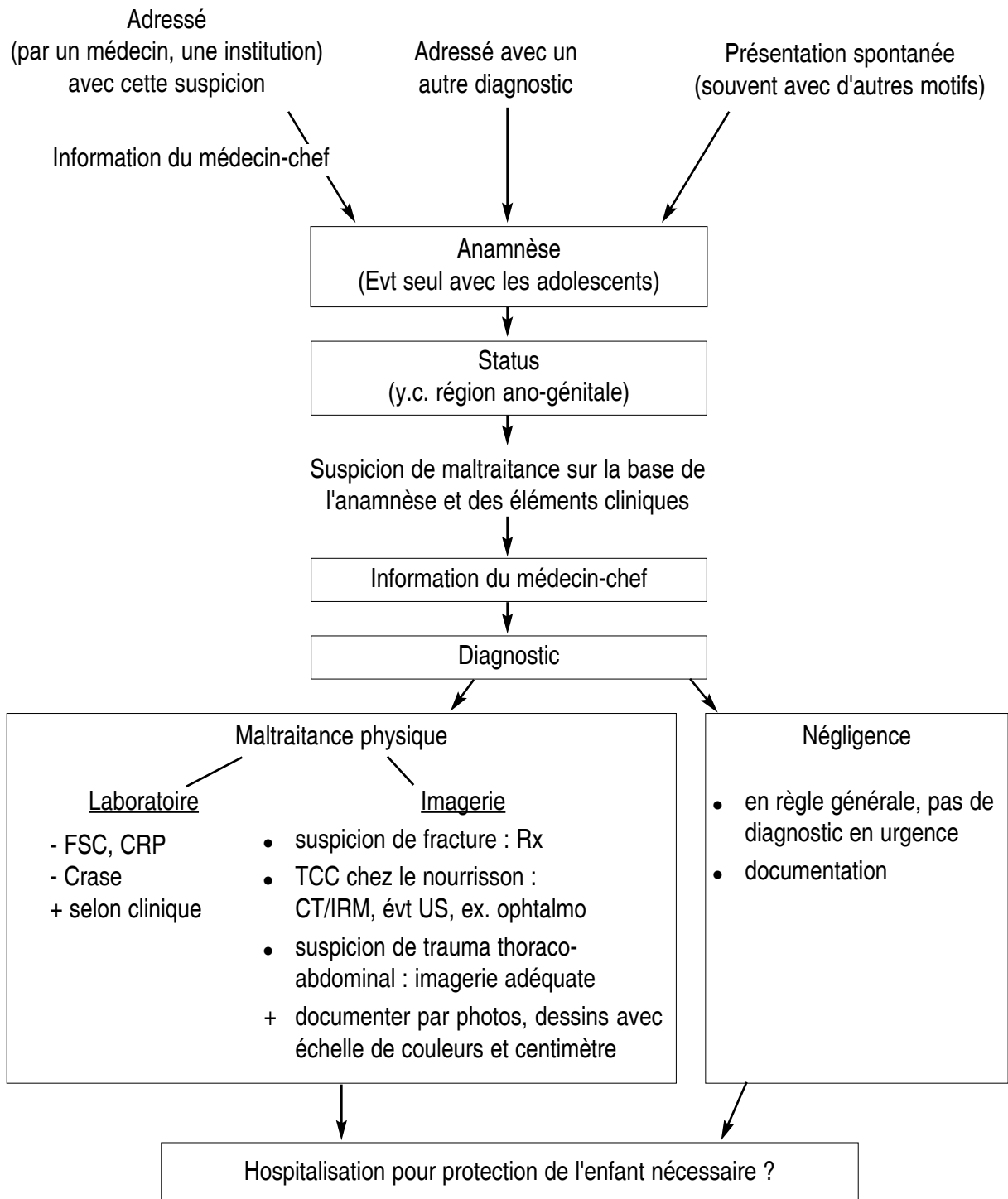
B. MODE DE FORMATION

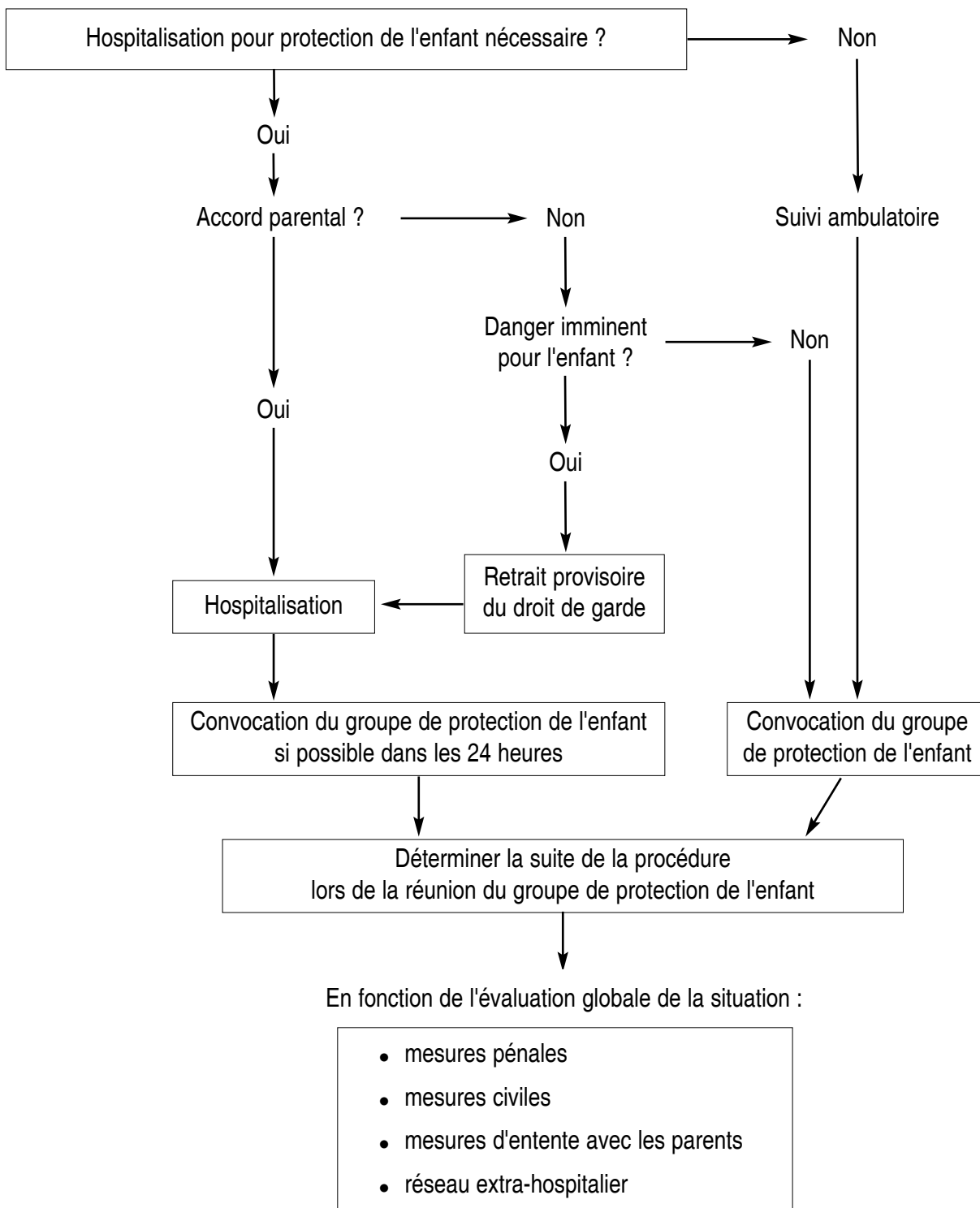
La formation peut se faire sous *différentes formes* :

- Discussion de cas (Case Reports)
- Participation aux séances du groupe de travail pour la protection de l'enfant
- Formation plénière
- Séminaires inter hospitaliers
- Etude de la littérature (Journal Club)

Tous les assistants de pédiatrie et chirurgie pédiatrique devraient pouvoir disposer d'une documentation écrite au début de leur formation, correspondant aux contenus de la spécialité et des catalogues d'apprentissage définis pour la formation postgraduée.

3. Procédure lors de suspicion de maltraitance physique et/ou de négligence

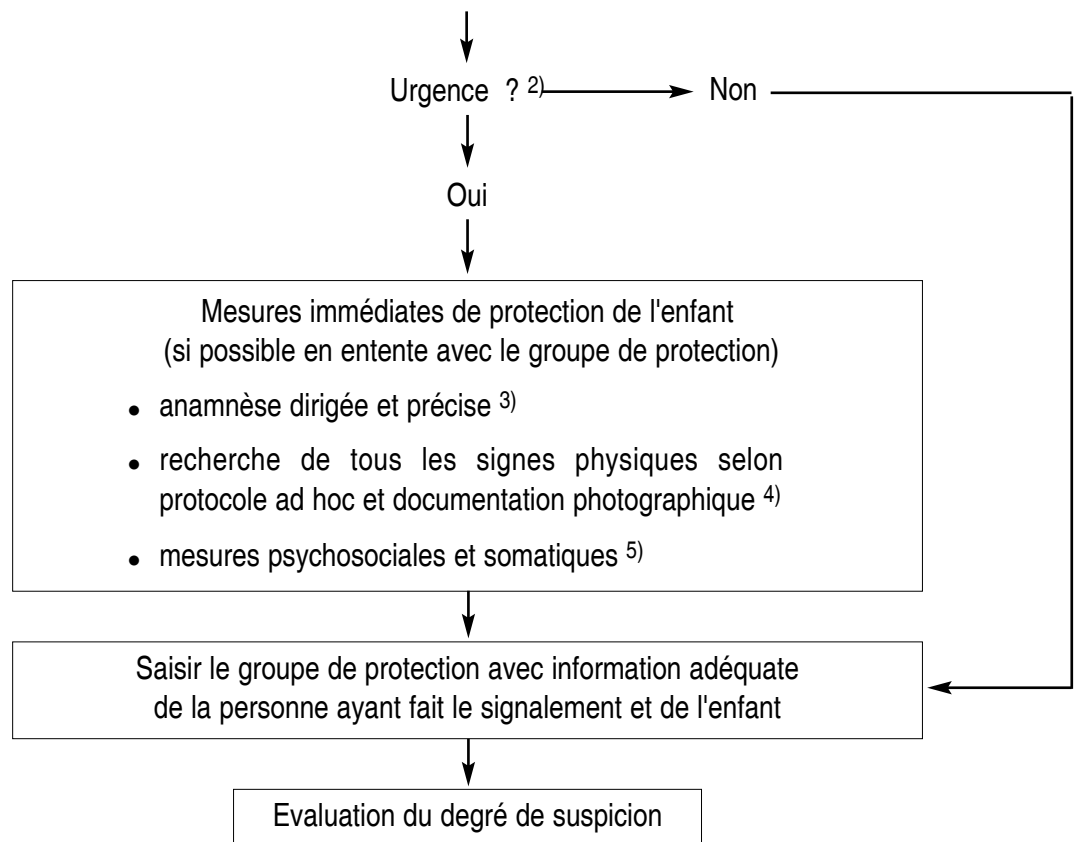


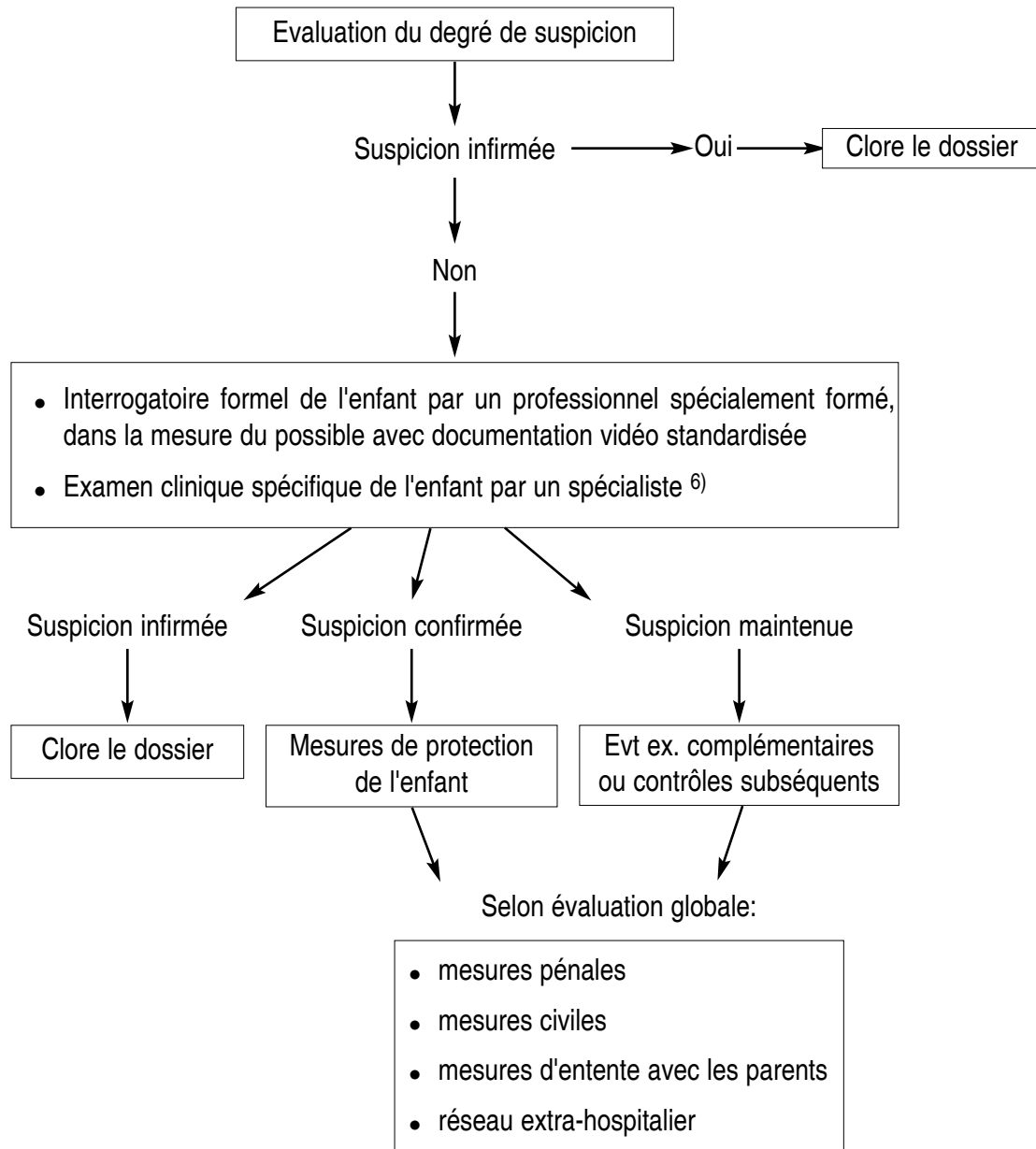


4. Procédure lors de suspicion d'abus sexuel

Suspicion d'abus sexuel ¹⁾

- fondé sur les déclarations de l'enfant à une personne de confiance
- fondé sur des signes physiques
- fondé sur des troubles du comportement
- fondé sur des observations de tierces personnes





Commentaires

- 1) Les symptômes pouvant évoquer un abus sexuel sont d'une très grande diversité, les signes cliniques sont souvent non-spécifiques. Pour évaluer la situation et décider de la nécessité d'une investigation plus approfondie on devrait faire appel à un groupe pluridisciplinaire le plus tôt possible.

- 2) **Urgence:**• danger imminent pour l'enfant
 - événement survenu dans les dernières 72 heures
 - Important :**
 - examen en urgence (l'enfant ne doit ni se doucher ni se laver)
 - faire apporter les habits et éventuels autres tissus non lavés

- 3) **Anamnèse :**
 - **important :** pas de question à propos de nos soupçons, pas de travail de détective, pas de question suggestive, pas d'interrogatoires répétés par d'autres personnes (infirmières, médecin-assistant, chef de clinique)
 - **mais :** procès-verbal textuel des propos **spontanés** de l'enfant.
 - description des circonstances de la consultation et du comportement des personnes accompagnantes
 - qu'est ce qu'a dit l'enfant, à qui l'a-t-il dit ? dans quelles circonstances l'a-t-il dit ?

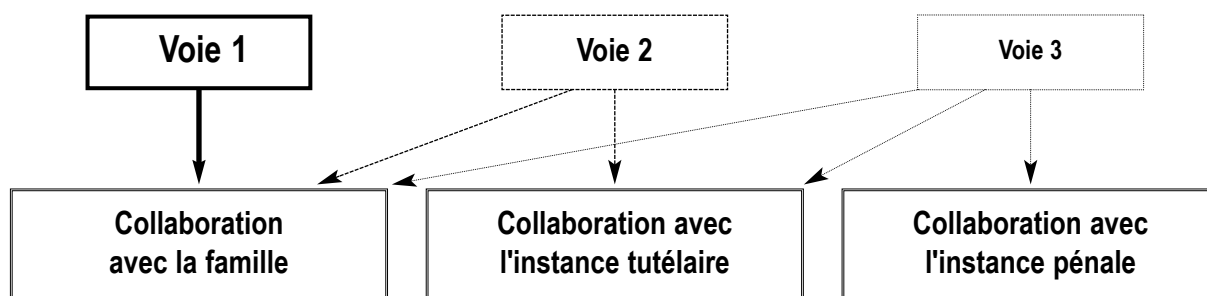
- 4) **Status:**
 - examen général, en particulier peau et muqueuses
 - si possible examen et évaluation de la région ano-génitale

- 5) Selon la situation:• test de grossesse, évt contraception post-coïtale
 - prélèvement de matériel pour la médecine légale
 - recherche de maladies sexuellement transmissibles (hépatites B et C, HIV, Chlamydia, Gonocoque)
 - prophylaxie post-expositionnelle (HIV, hépatite B)

- 6) L'examen ano-génital demande, en plus des connaissances spécifiques concernant le status normal/variante de la norme/anormal, une grande capacité d'intuition et une grande expérience ainsi qu'une infrastructure adéquate pour la documentation des faits et ne devrait être effectué que par une personne expérimentée. Un status génital normal est fréquent et ne permet en aucun cas d'exclure un abus sexuel.

5. Possibilités d'intervention des groupes de protection de l'enfant

Les personnes maltraitantes n'ont souvent pas conscience d'avoir besoin d'un soutien. Ce soutien est cependant nécessaire à la survenue d'un changement qui va permettre d'éviter la répétition des mauvais traitements et d'entreprendre un travail sur les traumatismes subis par la victime et ses proches qui ne sont pas auteurs de cette maltraitance. En absence de cette prise de conscience, cette nécessité de changement doit souvent être associée à des mesures obligatoires puis à des mesures de contrôle. On chemine alors dans le dilemme d'offrir une aide et de rendre cette aide obligatoire.



Voie 1: Dans les cas les plus légers, on essaie de mobiliser la famille dans le sens d'une collaboration, sans avoir recours aux services des autorités:

- contrôles réguliers chez le pédiatre
- recours aux services sociaux
- entretiens avec les parents
- recours aux services de pédopsychiatrie

Dans cette situation, le danger de récurrence pour l'enfant doit être évalué comme mineur, et un contrôle, même s'il ne se fait pas à travers les structures civiles, doit cependant être garanti.

Voie 2: Lorsque le groupe de protection a l'impression que la famille n'est pas suffisamment motivée, il peut solliciter le service tutélaire qui a la possibilité d'instaurer des mesures obligatoires, pour autant que les conditions légales soient remplies. L'autorité tutélaire ordonne également des mesures de contrôle. La même voie est utilisée lorsque l'on se trouve face à une mise en danger considérable de l'enfant.

Voie 3: Dans certaines situations, une dénonciation pénale est nécessaire. Elle ne constitue qu'une partie des mesures à prendre, l'autorité tutélaire devant prononcer à son tour des mesures de protection de l'enfant. Il faut cependant dans tous ces cas tenter d'amener la famille à une collaboration.

Lorsque la situation le permet, l'enfant devrait être impliqué dans la décision conduisant au choix de telle ou telle voie d'intervention.

En raison de la contradiction ressentie par les familles entre aide et soutien d'une part et obligation et contrôle d'autre part, il est vivement conseillé de répartir ces rôles entre des personnes différentes.

Objectifs des interventions des groupes de protection de l'enfant

Les groupes de protection de l'enfant poursuivent 3 objectifs principaux :

1. Aide à la clarification et à l'établissement des faits (= diagnostic)
2. Protection de la victime
3. Aide au changement, afin d'éviter la répétition des mauvais traitements et de permettre la prise en charge des traumatismes vécus.

En ce qui concerne la marche à suivre, prière de se référer aux chapitres "Procédure lors de suspicion de mauvais traitements physiques et d'abus sexuels"

La protection de l'enfant passe par la séparation de la victime des mauvais traitements et de son auteur ou par la mise en place de mesures garantissant l'absence de récidives.

Les objectifs de changement diffèrent en fonction des diverses formes de mauvais traitements, étant entendu que plusieurs d'entre elles peuvent être présentes en même temps!

- on essaiera dans les mauvais traitements physiques et dans les négligences de corriger les facteurs sociaux qui peuvent y contribuer
- dans les mauvais traitements physiques, on tentera d'améliorer les compétences éducatives parentales ainsi que leur compréhension des besoins de l'enfant
- dans le cadre des mauvais traitements physiques et des abus sexuels, il convient d'aborder le propre vécu passé et actuel des parents, car il peut contribuer à la mise en danger de l'enfant
- lors d'abus sexuels, il convient d'apporter un grand soutien au parent non-maltraitant pour qu'il/elle puisse lui/elle aussi affronter ces événements. Il en va de même dans les autres formes de maltraitance
- les enfants maltraités ont besoin d'aide pour venir à bout des traumatismes subis. Partant d'objectifs thérapeutiques de psycho-traumatologie générale, il ne faut pas perdre de vue dans les cas d'abus sexuels les conséquences à long terme de ce vécu sexuel précoce (en particulier que la victime se retrouve plus tard abuseur)

Dans chaque cas doit être évalué de façon précise et en fonction des ressources disponibles qui a besoin de soutien, d'aide et de psychothérapie.

Fin de l'intervention des groupes de protection de l'enfant

Durant la phase d'intervention puis de traitement, les buts fixés, de même que les critères permettant de déterminer que les objectifs ont été atteints, doivent être clairement élaborés. C'est ainsi que toutes les personnes concernées sauront à quelle tâche elles œuvrent ou quand l'ensemble des mesures cesseront (par exemple levée d'une tutelle).

Catamnèse

Il est très instructif d'essayer de connaître, pour le plus grand nombre de situations dans lesquelles les membres du groupe de protection ont été impliqués, leur devenir à long terme.

Annexe

Mauvais traitements envers les enfants et caisses maladies

La maltraitance envers les enfants est considérée en terme d'assurance comme un accident. Selon la LAMAL (article 1, alinéa 2, lettre b) les caisses maladies ont l'obligation de prendre en charge le risque d'accident si aucune autre assurance accident ne le prend en charge. La maltraitance relève dans ce cas de la prise en charge obligatoire par l'assurance maladie. Comme l'enfant est considéré comme preneur de l'assurance (même si ce sont les parents qui payent la prime), la caisse maladie n'est pas en droit de refuser la prise en charge des frais même s'il y a un comportement fautif des parents. Par contre, selon l'article 79, alinéa 2, l'assurance maladie a le droit de se retourner contre la famille en cas de négligence grave ou de mauvais traitements intentionnels.

L'obligation d'une prise en charge hospitalière cesse avec la fin de l'indication médicale à une hospitalisation (article 49, alinéa 3), en ce qui concerne les pathologies somatiques. L'Ombudsman des assurances sociales signale explicitement que « l'assureur ne répond pas en cas d'insuffisance de structure de prise en charge ».

Pratiquement, il faut :

- déclarer clairement les mauvais traitements envers les enfants comme diagnostics et comme accidents
- avertir les structures civiles et pénales que les frais d'hospitalisation sont à la charge de l'assureur maladie jusqu'à la fin des soins somatiques et qu'ils incombent par la suite à ces autorités.

Codage des mauvais traitements envers les enfants selon ICD-10

- T74.1 Bébé ou enfant battu
- T74.2 Sévices sexuels
- T74.3 Sévices psychologiques
- T74.8 Autres syndromes dus à des mauvais traitements
- T74.9 Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision
- Z61.0 Perte de relation affective pendant l'enfance
- Z61.1 Départ du foyer pendant l'enfance
- Z61.2 Changement dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance
- Z61.3 Événement résultant de la perte de l'estime de soi pendant l'enfance
- Z61.4 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat
- Z61.5 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat
- Z61.6 Difficultés liées à de possibles sévices physiques à un enfant

- Z61.7 Expérience personnelle terrifiante
- Z61.8 Autres difficultés liées à une enfance malheureuse
- Z62.0 Surveillance inadéquate de la part des parents
- Z62.1 Surprotection parentale
- Z62.2 Difficultés liées à une éducation dans une institution
- Z62.3 Hostilité envers un enfant transformé en bouc émissaire
- Z62.4 Négligence affective
- Z62.5 Autres difficultés liées à des négligences dans l'éducation
- Z62.6 Pression parentale inappropriée et autres défauts de l'éducation
- Z62.8 Autres difficultés précisées liées à l'éducation
- Z63.3 Absence d'un des membres de la famille
- Z63.4 Disparition ou décès d'un des membres de la famille
- Z63.5 Dislocation de la famille par séparation ou divorce
- Z63.7 Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille ou le foyer
- Z63.8 Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat

Tableau synoptique du système de protection de l'enfant

© Hochschule für Soziale Arbeit Luzern HSA

