



Reçu le :
5 octobre 2016
Accepté le :
5 octobre 2016



CrossMark

Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance

Advocacy for pediatric hospital reference centers specialized in child protection

N. Vabres^{a,b}, E. Launay^b, J. Fleury^{a,b}, M. Lemesle^{a,c,d}, G. Picherot^b,
C. Gras-Le Guen^{b,*,c}

^a Unité d'accueil des enfants en danger, hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes, 7, quai Monconsu, 44093 Nantes cedex 1, France

^b Service de pédiatrie générale, hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes, 7, quai Monconsu, 44093 Nantes cedex 1, France

^c Services des urgences pédiatriques, hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes, 7, quai Monconsu, 44093 Nantes cedex 1, France

^d Service de médecine légale, hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Moins de 5 % des informations préoccupantes sont réalisées par des médecins [1]. Ceux-ci doivent donc améliorer leur mobilisation face à un problème de santé publique dont l'impact sur la santé des enfants, des adolescents et des adultes en devenir est largement sous-estimé, malgré des rapports internationaux alarmants [2]. La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 modifiant l'article 226-14 du Code pénal est venue renforcer la protection du médecin lorsqu'il informe le conseil départemental ou la justice de suspicion de violences envers un mineur : « le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi » [3]. Cette loi a pour but d'encourager les médecins à mieux signaler les suspicions de maltraitance. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance prévoit une meilleure prise en compte de la santé des mineurs en danger et, avec la nomination d'un médecin dans chaque cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), apportera une aide précieuse aux médecins [4].

Pour annoncer à des parents que l'on saisit le conseil départemental parce que l'on est préoccupé par la situation

familiale, le terme « d'information préoccupante » est aidant et prend tout son sens. Lorsqu'on perçoit une vulnérabilité sociale, des troubles dans le lien parents-enfant, des graves difficultés éducatives, des troubles du comportement de l'enfant ou de l'adolescent, des difficultés relationnelles avec ses pairs, dans l'apprentissage à l'école, on peut dire qu'une évaluation par les services du département permettra d'apporter toutes les aides nécessaires : technicien d'intervention sociale et familiale, suivi en protection maternelle et infantile (PMI), proposition de soins psychiques, aide éducative. La situation est par contre très différente lorsqu'il s'agit d'annoncer une suspicion de traumatisme infligé, ou de signaler des violences sexuelles intrafamiliales, des violences psychologiques, voire un syndrome de Münchhausen par procuration. Annoncer à une famille que devant une ecchymose chez un bébé qui ne se déplace pas, il faut réaliser de nombreux examens dont certains irradiants (scintigraphie osseuse, scanner cérébral) pour éliminer d'autres lésions traumatiques ne va pas de soi ; faire accepter une prolongation d'hospitalisation non plus.

Comme pour toute annonce de diagnostic grave, la famille traverse une phase de déni, parfois de colère et d'agressivité, mais presque jamais d'acceptation. Certes les parents savent ce que le médecin ne sait pas et souvent une part d'eux vient chercher du secours en amenant l'enfant en consultation ou au service d'accueil des urgences (SAU), mais ils sont rarement

* Auteur correspondant.

e-mail : christele.grasleguen@chu-nantes.fr (C. Gras-Le Guen).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.001> Archives de Pédiatrie 2016;23:1219-1221
0929-693X/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

en mesure d'envisager leurs failles et surtout la souffrance de leur enfant. Il est insupportable pour eux d'entendre énoncer ses blessures physiques et psychiques. Ils mettent en avant l'amour qu'ils portent à leur enfant et dénie ou minimisent la gravité des violences constatées : quand on évoque les conséquences des violences et la gravité de leur impact sur la santé à l'âge adulte, on se retrouve souvent face à l'enfant qu'ils ont été. Les parents peuvent entrevoir comment leurs propres souffrances et difficultés peuvent être en lien avec une enfance blessée. Il est alors toujours important de recentrer le discours médical sur l'enfant ou l'adolescent dont on prend soin, sur ses propres besoins pour bien grandir, sur ce qu'il peut ressentir, pour espérer voir poindre de l'empathie pour cet enfant en tant que personne différenciée des parents et non pas objet de leur affection. Il est indispensable de développer l'enseignement par simulation de ces entretiens d'annonces difficiles, afin d'y entraîner les médecins et d'optimiser les conditions d'annonce.

Il n'est pas rare aujourd'hui que les familles dans ces situations graves portent plainte en tentant de contourner la loi : plainte contre l'hôpital avec demande de dommages et intérêts au titre du préjudice moral subi, plainte pour erreur supposée de diagnostic, pour durée d'hospitalisation trop longue, pour examens inutiles ou dangereux pour l'enfant. L'évocation d'explications irrationnelles comme vaccinations, antibiotiques, allergies, dans la survenue des lésions observées, est parfois relayée sur Internet par des associations alimentaires des accusations diffamatoires qu'il est très difficile de contrer. Parfois la plainte est adressée au Conseil de l'ordre des médecins et vise spécifiquement un des médecins signataires, pour faute déontologique concernant les conditions de l'annonce ou persécution. La seule condamnation que puisse craindre un médecin est celle de non-assistance à personne en péril (article 223-6 du Code pénal). Si les règles de rédaction de l'information préoccupante et du signalement ont été respectées [5], ces plaintes n'ont pas de suite, mais elles sont susceptibles d'affecter, parfois profondément, le professionnel mis en cause.

En matière de maltraitance, le doute et le déni sont contagieux. Le médecin peut être en difficulté pour voir et entendre, car le coût psychique est parfois trop important pour envisager l'impensable. Cela explique en partie le faible taux des signalements faits par les médecins. Le diagnostic de maltraitance est difficile. Il requiert expérience, pluridisciplinarité et collégialité. Le médecin n'a pas à apporter la preuve des mauvais traitements [1]. Mais il doit pouvoir étayer le diagnostic, faire le bilan d'extension des lésions, éliminer les diagnostics différentiels, confronter les résultats des examens, recueillir les avis spécialisés, coordonner les soins [6]. La rédaction de l'information préoccupante ou du signalement n'est pas toujours simple. S'ils n'appartiennent pas a priori au dossier du patient, ils pourront toutefois être transmis à la famille par l'institution judiciaire. L'observation médicale doit évidemment mentionner tous les entretiens,

les personnes présentes ainsi que le contenu des échanges avec la famille. Comme le recommandent les bonnes pratiques [7] et comme pour tout diagnostic de pathologie grave, le médecin de ville doit pouvoir avoir recours à une consultation spécialisée, voire à une hospitalisation, surtout pour les lésions sentinelles des nourrissons et les suspicions de violences sexuelles. S'il n'est plus concevable en 2016 de laisser un médecin généraliste ou un pédiatre de ville prendre en charge seul le diagnostic, l'annonce, le traitement d'une leucémie aiguë, il en va de même pour les maltraitances, dont les séquelles possibles à court, moyen et long terme, les font s'apparenter à une pathologie chronique grave [8]. Pour toutes ces raisons, il paraît essentiel de développer dans tous les hôpitaux pédiatriques, des unités spécialisées en protection de l'enfance. Ainsi depuis 15 ans au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nantes, l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED) a développé une expertise clinique sur les situations de maltraitance et un savoir-faire sur le repérage, le diagnostic, l'annonce et le projet de soins. C'est une unité fonctionnelle comportant pédiatres, pédiatre légiste, psychologue, assistante sociale, puéricultrice, chirurgien pédiatre orthopédiste, secrétaire. En 2015, 631 évaluations d'enfants et d'adolescents ont été réalisées pour suspicion de violences par l'UAED, qui a adressé 194 informations préoccupantes et signalements à la CRIP ou au Parquet. Parmi ces évaluations, 132 demandes d'avis concernaient des enfants hospitalisés dans différents services pédiatriques (pédiatrie générale, spécialité, réanimation, chirurgie) et 10 % des enfants ont été vus en consultation après un passage au SAU où des symptômes avaient alerté l'équipe médicale, sans justifier une hospitalisation. La vigilance des équipes du SAU repose sur l'enseignement des signes d'alerte qui doivent faire évoquer une maltraitance, sous la forme de « feux rouges » [9] et la diffusion de protocoles d'accueil et de diagnostic. Depuis 2010, l'UAED coordonne le parcours judiciaire des mineurs victimes avec l'accueil des auditions filmées et la réponse aux examens sur réquisition dans les locaux de l'hôpital pédiatrique, sur le modèle des *Child advocacy center* [10], visant à éviter au mineur victime de nouveaux traumatismes liés à la démarche judiciaire. La convention qui lie les institutions partenaires (agence régionale de santé, CHU, Parquet, Conseil départemental) est citée en référence dans le guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes de la Direction des affaires criminelles et des grâces [11]. En 2015, 370 mineurs ont été entendus dans les locaux du CHU par les services de police et de gendarmerie. L'UAED a répondu à 382 demandes d'examen sur réquisition judiciaire. D'autres unités fonctionnent sur des modèles similaires [12]. Ces unités peuvent également constituer un recours pour les autres institutions de protection de l'enfance, conseils départementaux et associations d'aides éducatives. L'hôpital est parfois le seul endroit où la santé de l'enfant peut être évaluée et sa protection assurée en urgence, mais aussi le dernier recours lorsque les symptômes engendrés par les violences subies ne

peuvent plus être contenus : tentatives de suicide, mises en danger, crises clastiques.

Le repérage, l'annonce et la rédaction des informations préoccupantes et signalements dans les situations de suspicion de maltraitance graves, nécessitent pluridisciplinarité et expérience, dans une démarche diagnostique compliquée par le déni des familles, mais aussi celui des professionnels. L'enseignement de cette pathologie et la mise en place de travaux de recherche épidémiologiques dans ce domaine qui fait l'objet aujourd'hui de peu d'études scientifiques, feront également partie des missions prioritaires de ces organisations clés. Conformément à la feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 [13], il apparaît aujourd'hui indispensable de généraliser la mise en place de « pôles de références hospitaliers » pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance, au financement pérenne, pour coordonner et améliorer le parcours de soins des enfants et adolescents victimes de violences.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Remerciements

Remerciements à l'équipe de l'UAED et au Dr Renaud Clément, chef de service de médecine légale.

Références

- [1] Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013). <http://www.cnape.fr/files/news/1435.pdf>. Consulté le 7 juillet 2016.
- [2] European report on preventing child maltreatment, WHO 2013. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>. Consulté le 7 juillet 2016.
- [3] Article 226-14 modifié par loi no 2015-1402 du 5 novembre 2015 – art. 1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTL000006417946&dateTexte=&categorieLien=cid>. Consulté le 7 juillet 2016.
- [4] Foucaud P, Samson B. Loi du 14 mars 2006 relative à la protection de l'enfance : nouveau cap ou simple ajustement ? *Med Enfance* 2016;4:83-4.
- [5] Kahn-Bensaude I, Héran C. Procédure de signalement par les professionnels de santé de situations de maltraitance. *Bull Ordre Natl Med* 2016;43.
- [6] Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. Paris: Lavoisier. Collection médecine sciences; 2013, 250 p.
- [7] Fiche Mémo HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, octobre 2014. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014>. Consulté le 7 juillet 2016.
- [8] Global status report on violence prévention. WHO 2014. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/. Consulté le 7 juillet 2016.
- [9] Launay E, Vrignaud B, Levieux K, et al. Trente feux rouges en pédiatrie : 30 situations pièges, aux conséquences potentiellement graves. *Rev Prat Med Gen* 2013;27:22-3.
- [10] Brousse M. Unités d'accueil médicojudiciaires pédiatriques et salles de confrontation protégée, le soutien de La voix de l'enfant. *La parole de l'enfant. Rev Justice Actual* 2015.
- [11] Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes. Direction des affaires criminelles et des grâces, septembre 2015 www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf. Consulté le 7 juillet 2016.
- [12] Considérer la parole de l'enfant victime : étude des unités d'accueil médicojudiciaire, ONED, mai 2014. www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20140605_uamj_bd.pdf. Consulté le 7 juillet 2016.
- [13] Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – juin 2015. http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_protection_enfance_2015-2017-3. Consulté le 7 juillet 2016.