

ssp sgp

SWISS SOCIETY OF PAEDIATRICS

Ihre Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche

Les médecins de vos enfants et adolescents

I medici dei vostri bambini e adolescenti

**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**

Sommaire

1. Principes des mesures de protection de l'enfant	3
2. Procédure lors de suspicion de maltraitance physique et/ou négligence	4
3. Procédure lors de suspicion d'abus sexuel.....	6
4. Possibilités d'intervention des groupes de protection de l'enfant	9
5. Annexe 1: Aspects asséculoologiques.....	11
6. Annexe 2. Système de la protection de l'enfant.....	12

© Groupe de travail pour la protection de l'enfant de la Société Suisse de Pédiatrie, 2000

Révision complète des recommandations en février 2017

Chapitre 1: Markus Wopmann, Baden

Chapitre 2: Georg Staubli, Zurich

Chapitre 3: Dörthe Harms, Baden / Renate Hürlimann, Zurich

Chapitre 4: Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne

Annexes: Markus Wopmann, Baden

<http://www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/recommandations>

Introduction

Des enfants maltraités sont pris en charge dans tous les services et cliniques pédiatriques. Reconnaître les signes discrets d'une possible maltraitance et mettre en place l'aide nécessaire font partie des missions de toute clinique pédiatrique. 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 pédiatriques comme les malformations cardiaques, les tumeurs malignes ou les maladies métaboliques. De plus, le diagnostic précoce est d'autant plus important que le 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 – une commission de la Société Suisse de Pédiatrie – s'est fixé pour 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 n'est pas une discipline ne relevant que de quelques spécialistes mais la sensibilisation à ce problème et la prise de conscience de ce phénomène devraient être intégrées dans la pensée de chaque médecin. De même la protection de l'enfant devrait faire partie du cahier de charge de tout chef de clinique et figurer au catalogue des sujets d'apprentissage pour la formation FMH en pédiatrie; le thème de la maltraitance doit également être un sujet d'examen FMH pour notre spécialité.

Ces recommandations pourront servir de fil conducteur à tous les médecins travaillant dans un service de pédiatrie, particulièrement lors du premier contact avec des enfants et adolescents et avec leurs accompagnants (probablement le plus souvent dans des situations d'urgence). Avant leur mise en œuvre dans la pratique, ces recommandations doivent être adaptées et complétées en fonction des caractéristiques locales de chaque clinique (personnel, infrastructures, etc.). Il devrait d'ailleurs s'agir d'une démarche commune entre la direction de la clinique et le groupe local de protection de l'enfant. Les lignes directrices internes ainsi créées dans chaque service auront pour but d'éviter des actions précipitées ou des initiatives isolées, notamment dans des situations de stress.

Ce document se limite aux mesures médicales d'urgence et ne comprend pas les mesures spécifiques de protection de l'enfant qui font partie des tâches des structures locales pour la protection de l'enfant.

1. Principes des mesures de protection de l'enfant

1. La protection de l'enfant fait partie des missions de chaque clinique de pédiatrie. Un groupe de travail pour la protection de l'enfant doit donc être présent dans toute clinique pédiatrique.
2. La prise en charge des cas de protection de l'enfant doit être interprofessionnelle. Dans le groupe de protection de l'enfant devraient être représentées, pour autant que possible, les domaines de la pédiatrie, de la chirurgie et gynécologie pédiatriques, de la pédopsychiatrie, des soins, des services social et juridique.
3. Chaque clinique pédiatrique doit disposer d'un concept d'intervention pour les cas de protection de l'enfant tenant compte des conditions locales. La direction médicale définit en collaboration avec le groupe de protection de l'enfant les démarches concrètes lors de situations de protection de l'enfant, règle la formation postgraduée à l'interne de la clinique et facilite la collaboration au niveau national pour toute question relevant de la protection de l'enfant. De plus la direction médicale donne au groupe de protection de l'enfant la possibilité d'effectuer sa propre formation postgraduée et continue et de disposer d'une supervision.
4. Le groupe de protection de l'enfant prévoit si nécessaire des réunions interprofessionnelles. Les interventions comprennent des mesures médicales et psychosociales ainsi que la mise en œuvre de mesures de droit civil et pénal. Ces mesures ne seront closes qu'une fois les responsabilités et compétences ultérieures clairement définies.
5. La convocation en urgence du groupe de protection de l'enfant (ou d'une partie du groupe) devrait pouvoir se faire – du moins pendant les jours ouvrables - dans les 24 heures.
6. Les décisions lors d'un constat de maltraitance ne seront pas prises individuellement, mais si possible par au moins deux personnes.

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

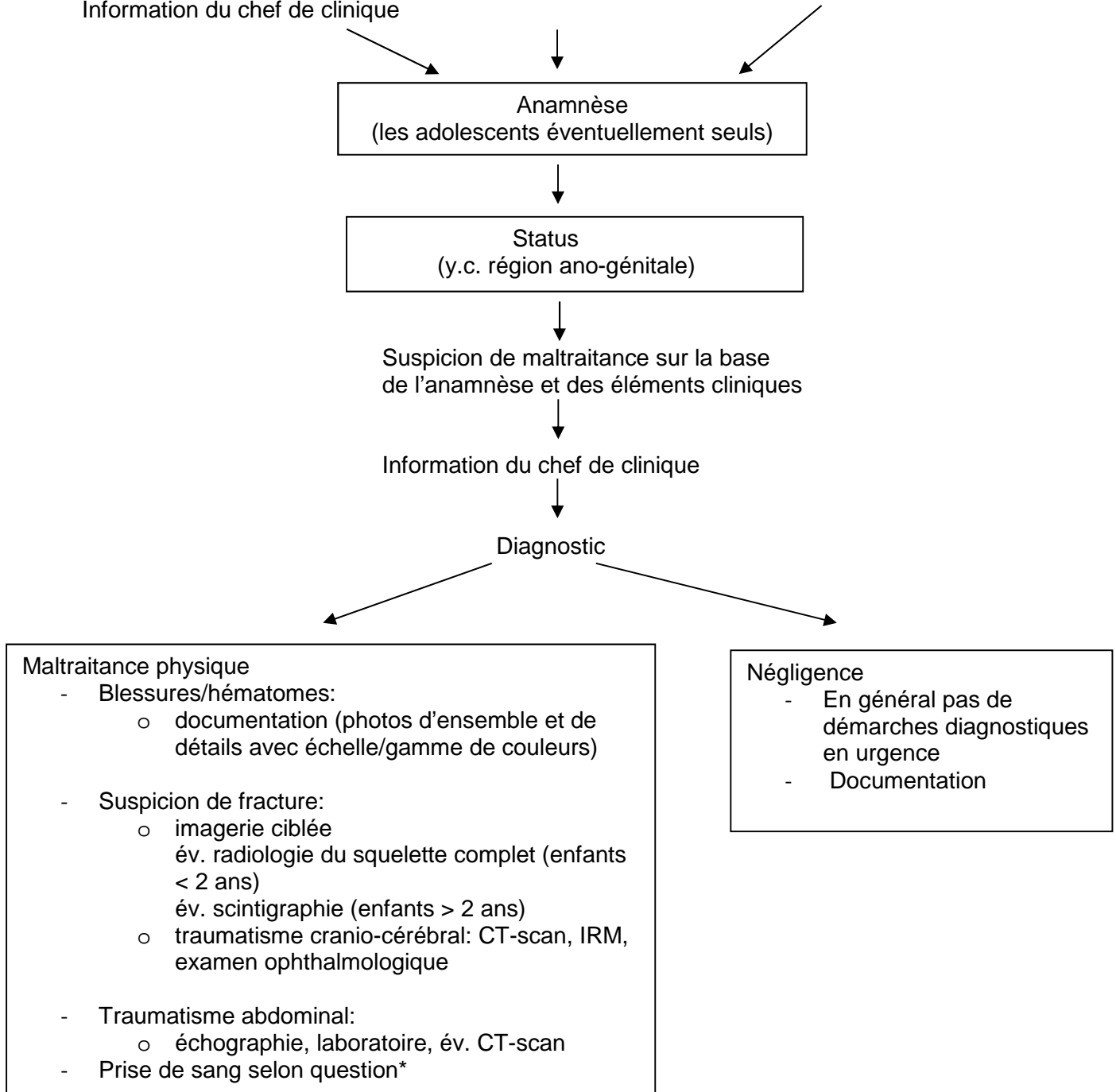
2. Procédure lors de suspicion de maltraitance physique et/ou négligence

Adressé avec cette suspicion (par un médecin, une institution, etc.)

Information du chef de clinique

Adressé avec un autre diagnostic

Présentation spontanée (généralement pour d'autres motifs)



*Éventuellement prise de sang pour exclure une maladie, un trouble de la coagulation ou du métabolisme:

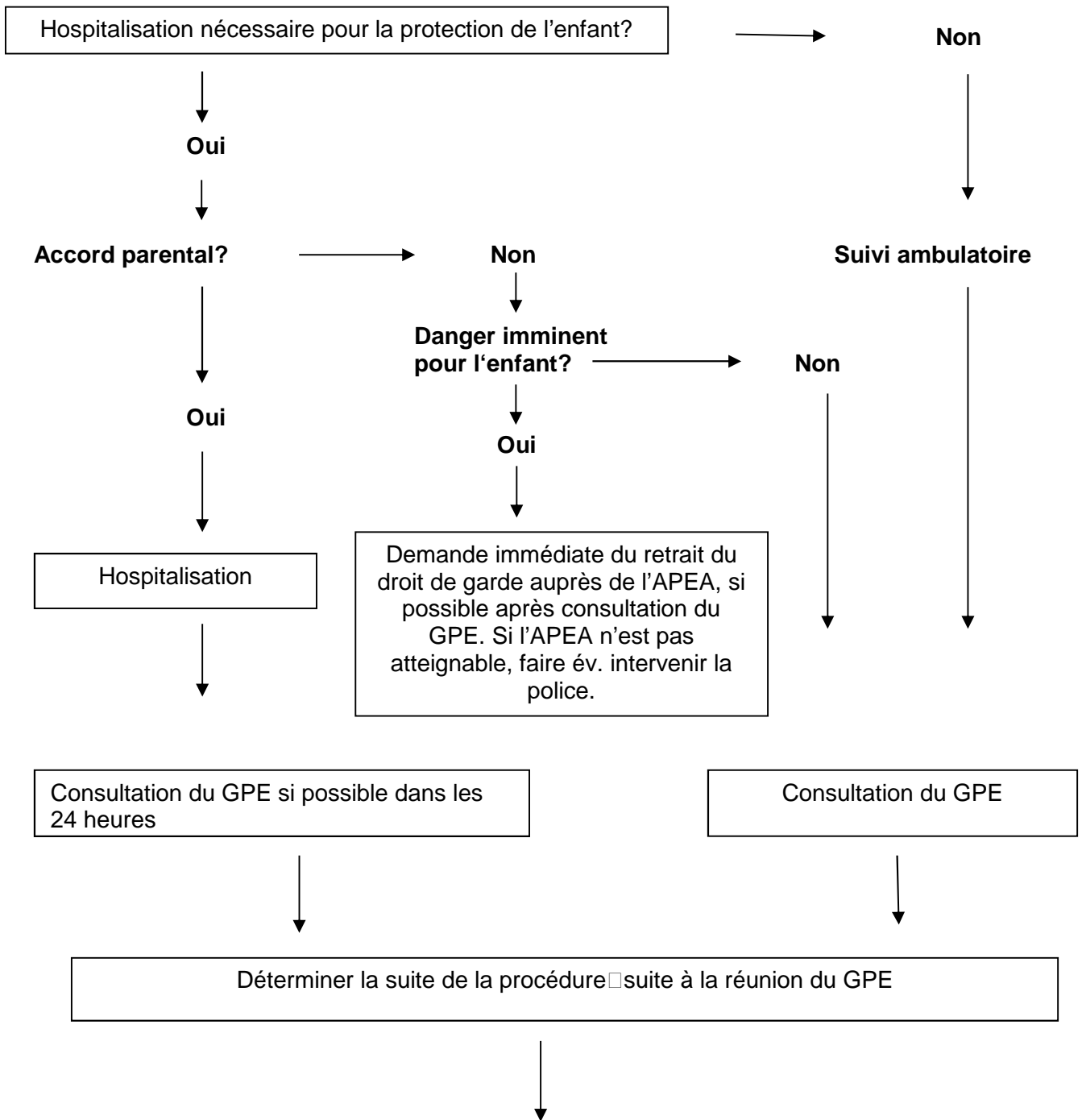
Formule sanguine complète, manuellement

Coagulation sanguine (PTT, INR, fibrinogène), facteurs VIII, IX, XIII, PFA 100

Tests hépatiques, amylase, fonctions rénales, électrolytes (Na, K, Ca, Cl)

Urine: status, acides organiques

Démasquage du Guthrie (Laboratoire du métabolisme, Clinique pédiatrique Zurich)



En fonction de l'évaluation globale de la situation et de la législation cantonale:

- mesures pénales
- mesures civiles
- mesures d'entente avec les parents
- réseau extra-hospitalier

3. Procédure lors de suspicion d'abus sexuel

Définition de l'abus sexuel

L'association d'enfants ou d'adolescents dépendants à des activités sexuelles à un moment de leur développement où ils ne peuvent pas entièrement comprendre la signification de ces actes.

Formes d'abus sexuel

Attouchements dans la région des seins et génitale, association à la masturbation, pénétration digitale ou pénienne.

L'association à des activités sexuelles sans contact corporel comme l'exhibitionnisme, le visionnement en commun ou la production de matériel pornographique, aussi dans le domaine internet.

La **suspicion d'un abus sexuel** peut se fonder sur:

- les déclarations de l'enfant ou de l'adolescent-e
- des signes physiques
- des troubles du comportement
- des observations de tierces personnes
- du matériel photographique ou cinématographique
- des protocoles de chat, données de portables etc.

Les symptômes d'un abus sexuel peuvent être multiples et les signes souvent non spécifiques. Pour évaluer la situation et donc décider de l'indication à des investigations approfondies, il est conseillé de consulter aussi tôt que possible un groupe de travail pluridisciplinaire. Cela est important aussi dans la mesure où la discussion et l'évaluation pluridisciplinaires soulagent, en partageant les responsabilités, les professionnels impliqués.

Déclarations de l'enfant ou de l'adolescent-e

Les déclarations spontanées de la jeune personne concernée devraient être consignées aussi textuellement que possible. Il est aussi important de décrire précisément les circonstances de la consultation et le comportement de la jeune personne et des accompagnants. Il faut p.ex. consigner à qui l'enfant ou l'adolescent-e a dit quoi et dans quelles circonstances ces déclarations auraient été faites.

Sont à éviter les questions à propos de nos soupçons, les questions suggestives, des questionnements répétés sur l'auteur (p.ex. par le personnel soignant ou d'autres médecins).

Examen

Un examen physique en urgence est nécessaire en cas de danger imminent pour l'enfant ou l'adolescent-e ou lorsqu'a eu lieu un contact corporel dans les dernières 72 heures. L'enfant ou l'adolescent-e ne doit alors être ni baigné, douché ou lavé avant l'examen. De même les habits ou autres tissus, p.ex. serviettes, linges, couvertures, seront conservés non lavés (box pour analyses médico-légales, sac en papier).

L'examen ano-génital d'un enfant ou adolescent-e demande, outre des connaissances spécifiques concernant le status génital normal ou anormal, une grande capacité d'intuition et une grande expérience. On déterminera en premier lieu s'il est raisonnable de référer l'enfant/l'adolescent-e à un centre disposant de l'expertise adéquate ou à l'institut médico-légal compétent. Dans tous les cas d'abus sexuel suspecté ou avéré chez un enfant ou adolescent-e, l'examen de la région ano-génitale devrait être effectué ou supervisé par une personne expérimentée. L'examen doit absolument être effectué sans violence. Une documentation minutieuse et détaillée est impérative, entre autres pour éviter des examens répétés.

L'examen physique doit remplir les standards de qualité suivants:

- professionnel avec les connaissances nécessaires sur le status normal pour l'âge, les variantes de la norme et les pathologies
- colposcopie

- évaluation et documentation écrite des constatations selon les directives en vigueur (Adams et al.)
- documentation photographique ou vidéo des constatations.

L'examen physique comprend outre l'examen de la région ano-génitale toujours un status général incluant l'examen de la peau et des muqueuses.

Chez la plupart des enfants et adolescent-e-s abusés l'examen de la région ano-génitale s'avère normal. Les raisons sont les suivantes:

- abus sans contact physique
- contact physique sans blessure
- les blessures guérissent rapidement et sans traces.

Malgré ces restrictions, lors d'une suspicion d'abus sexuel l'examen physique est d'une grande importance:

- pour relever des preuves médico-légales <72 heures après l'abus
- pour corroborer les déclarations de l'enfant/adolescent-e
- pour diagnostiquer une maladie sexuellement transmissible ou une grossesse et prendre les éventuelles mesures thérapeutiques nécessaires.

L'examen physique est de plus particulièrement important pour l'intégrité psychique et physique de l'enfant/adolescent-e. La confirmation que son corps est intact ou qu'il n'y a pas à craindre des séquelles physiques durables est d'une grande importance pour le processus psychologique.

L'examen physique après un abus sexuel doit inclure les réflexions suivantes:

- contraception post-coïtale, toujours après avoir effectué un test de grossesse
- prélèvement de matériel pour la l'analyse médico-légale (box médico-légal). En général la recherche d'ADN étrangère est pertinente si l'abus a eu lieu dans les 72 heures. Lorsque des blessures sont encore visibles, la recherche d'ADN étrangère devrait être entreprise même après 72 heures.
- recherche de maladies sexuellement transmissibles, comme l'hépatite B (Ac-HBs, Ag-HBs), hépatite C, HIV, chlamydia et gonorrhée (PCR à partir de sécrétions vaginales), syphilis (VDRL)
- prophylaxie post-expositionnelle (HIV et hépatite B); raisonnable en principe seulement dans les 72 heures après l'abus, après consultation des infectiologues
- traitement prophylactique de chlamydia et gonorrhée en cas des situation à risque. Éventuellement prise de sang à la demande du ministère public chez l'auteur présumé pour un dépistage HIV (p28), hépatite B et C.

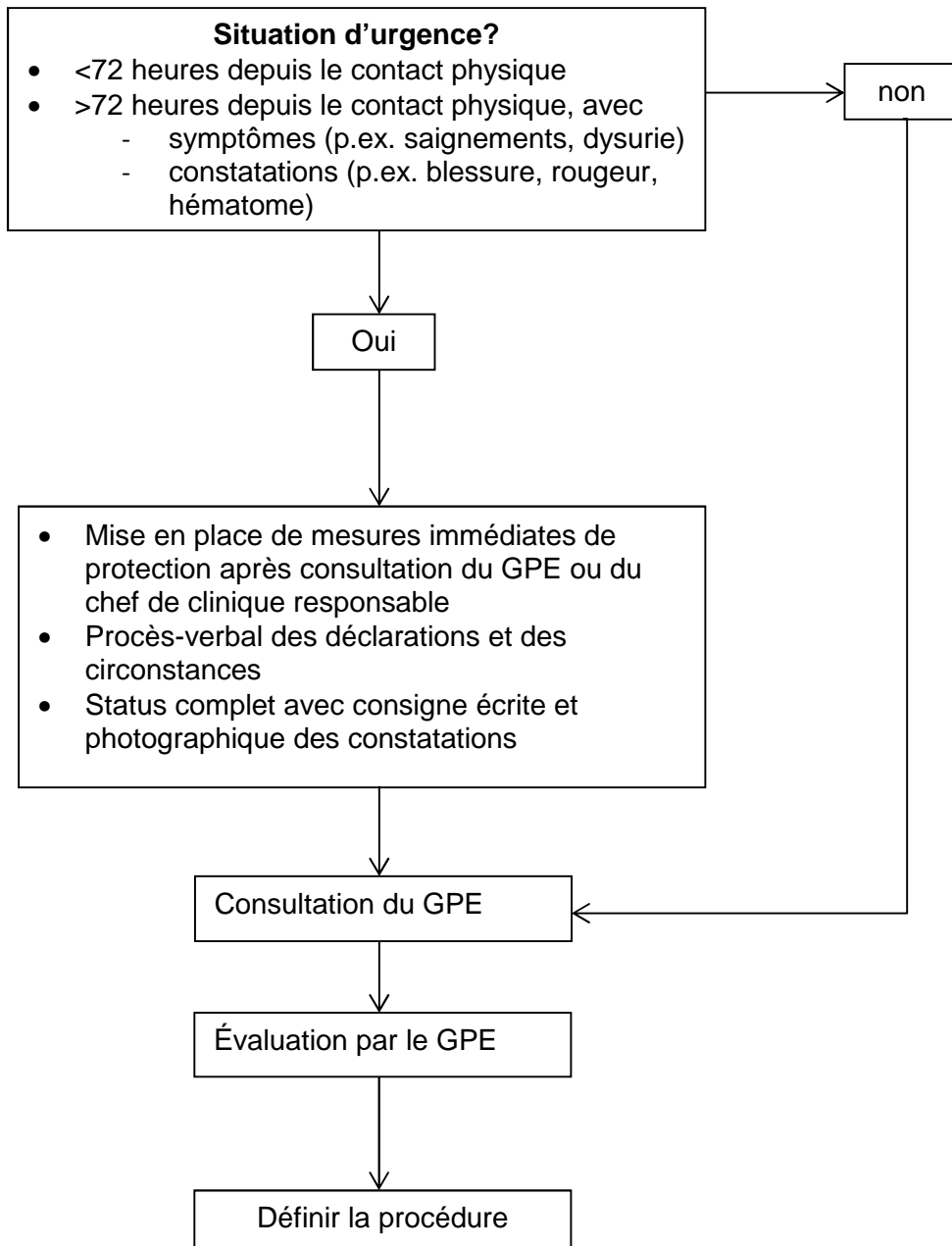
Le contact avec le centre LAVI cantonal sera pris rapidement, toute victime ayant droit aux conseils et au soutien. Cela comprend:

- des droits spécifiques en cas de procédure pénale
- le droit à une aide financière
- le droit à un suivi psychologique.

Littérature

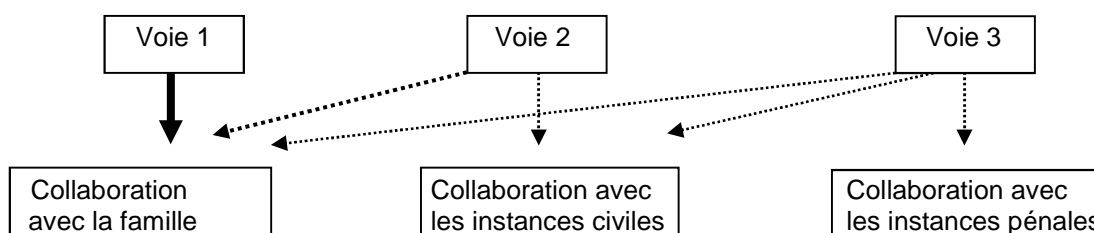
1. Adams JA, Kellog ND, Farst JF et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016 Apr; 29(2): 81-7.
2. Jenny C, Crawford JE and Committee on child abuse and neglect. The Evaluation of Children in the Primary Setting when Sexual Abuse is suspected. Pediatrics 2013, 132, e558-67.

Figure 1: Procédure lors de d'abus sexuel



4. 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 l'élaboration d'un changement qui va permettre d'éviter la répétition des mauvais traitements. Dès lors, pourra être entrepris un travail sur les traumatismes subis par la victime et ses proches concernés par cette maltraitance. En l'absence de cette prise de conscience, cette nécessité de changement doit souvent être associée à des mesures de contrainte puis de contrôle. On chemine alors dans le dilemme d'offrir une aide et de rendre cette aide obligatoire.



Voie 1:

Concerne les situations où la mobilisation des familles, dans le sens d'une collaboration, sans avoir recours aux services des autorités, suffit à assurer la protection de l'enfant :

- contrôles réguliers chez le pédiatre, l'infirmière petite-enfance, la sage-femme indépendante,
- 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 par le réseau mis en place. Une collaboration avec la famille présuppose que celle-ci ne soit pas dans le déni des difficultés rencontrées et qu'elle présente une volonté de changement.

Voie 2:

Concerne les situations où les familles sont impuissantes à assurer la protection de l'enfant. Il est alors nécessaire de solliciter les instances civiles qui ont la possibilité d'instaurer des mesures obligatoires. Elles ordonnent également des mesures de contrôle. La même voie est utilisée lorsque l'on se trouve face à une mise en danger persistante de l'enfant.

Voie 3:

Concerne les situations où une dénonciation pénale est nécessaire. Elle ne constitue qu'une partie des mesures à prendre, les instances civiles devant prononcer à leur tour des mesures de protection de l'enfant.

Lorsque la situation le permet, l'enfant devrait être entendu dans la décision conduisant au choix de telle ou telle voie d'intervention, tout en le protégeant d'un conflit de loyauté.

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 souhaitable de répartir ces rôles entre les différentes personnes du réseau.

Objectifs des interventions des groupes de protection de l'enfant

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

1. Protection de la victime
2. Evaluation et clarification permettant l'établissement d'un diagnostic
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 3 et 4 (Procédures). 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. De façon générale, dans toutes les formes de maltraitance, il est nécessaire :

- de corriger les facteurs sociaux qui peuvent y contribuer
- d'améliorer les compétences éducatives parentales ainsi que leur compréhension des besoins de l'enfant
- d'aborder le propre vécu passé et actuel des parents, car il peut contribuer à la mise en danger de l'enfant
- d'apporter un soutien au parent non-maltraitant pour qu'il/elle puisse lui/elle aussi affronter ces événements
- d'apporter une aide durable aux victimes afin qu'elles puissent venir à bout des traumatismes subis. Ceci est particulièrement vrai dans les cas d'abus sexuels afin d'éviter, parmi d'autres objectifs psychothérapeutiques, les conséquences à long terme de ce vécu sexuel précoce telles que le risque pour la victime de se retrouver à son tour abuseur.

Dans chaque cas, le type d'aide dont a besoin la victime doit être évalué de façon approfondie, en fonction des ressources disponibles.

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

Durant la phase d'intervention puis de prise en charge, 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 mesure civile).

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, l'objectif étant de pouvoir sans cesse améliorer nos pratiques professionnelles.

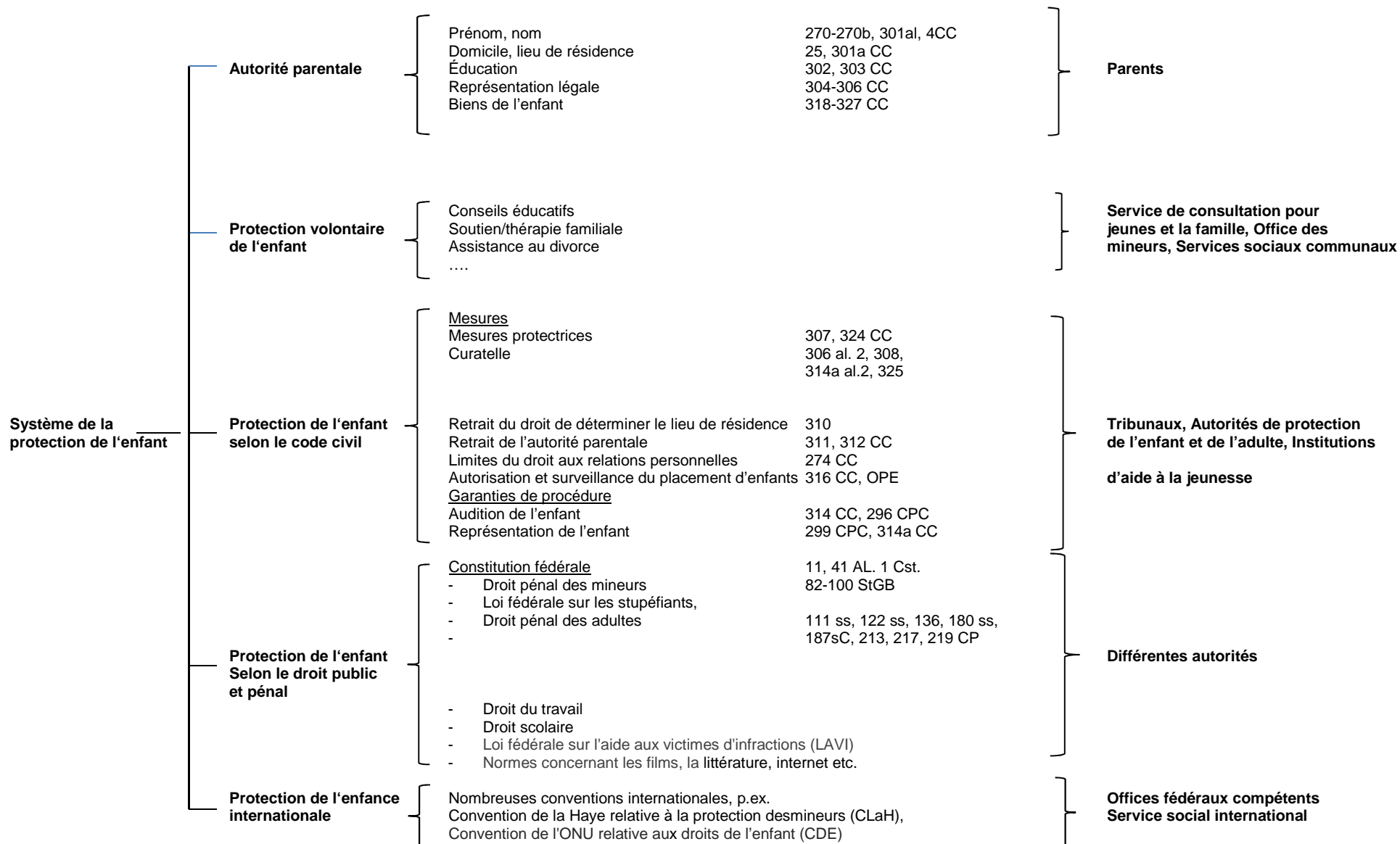
5. Annexe 1: Aspects asséculoologiques

Le mauvais traitement d'un enfant est considéré du point de vue asséculoologique comme un accident. Selon la LAMal (art. 1a ; al. 2 ; let. b) les assurances- maladie sont tenues de prendre en charge le risque d'accident si aucune assurance -accidents ne le fait. Le mauvais traitement d'enfant est donc une prestation obligatoire de l'assurance maladie. L'enfant étant l'assuré (même si ce sont les parents qui payent les primes), l'assureur ne peut pas refuser la prise en charge des frais même s'il fait valoir un comportement fautif des parents. Selon l'art. 75 al. 1 LPGA il a pourtant le droit de se retourner contre la famille de l'assuré, si le cas a été provoqué intentionnellement ou par négligence grave. Le droit aux remboursement des frais d'hospitalisation se termine au moment où la nécessité d'hospitalisation pour des raisons médicales somatiques n'est plus donnée (art. 49 ; al. 4 LAMAL).

Concrètement on procédera de la manière suivante:

- déclarer clairement le diagnostic de maltraitance en tant qu'accident
- avertir aussi tôt que possible les autorités d'assistance et d'aide sociale ainsi que d'instruction pénale que les frais d'hospitalisation ne sont à charge de l'assurance maladie que jusqu'au terme des investigations ou de la guérison somatique, et qu'elles seront ensuite facturées à ces autorités.

Les cas de protection de l'enfant hospitalisé doivent absolument être codés au moyen du code DRG pour diagnostic complexe 99. A5 (Diagnostic complexe lors de suspicion/preuve de maltraitance ou de négligence d'enfant à l'âge néonatal, du nourrisson et dans l'enfance et l'adolescence).



6. Annexe 2. Système de la protection de l'enfant
Tableau résumant le système de la protection de l'enfance.