



Affaire suivie par :

Dr Alain COLMANT, DD 42, DOS

Michèle TARDIEU, DSPAR

[Alain.colmant@ars.sante.fr](mailto:Alain.colmant@ars.sante.fr)

[Michèle.tardieu@ars.sante.fr](mailto:Michèle.tardieu@ars.sante.fr)

04 26 20 90 21

Avril 2018 – juil. 2019

# **PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES** **ENFANTS MALTRAITÉS**

ETAT DES LIEUX en AUVERGNE – RHONE - ALPES  
Propositions d'organisation

## TABLE DES MATIERES

|       |                                                                                          |    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | ENJEUX .....                                                                             | 5  |
| 1.1   | Définition.....                                                                          | 5  |
| 1.2   | La maltraitance des enfants est un sujet hospitalier .....                               | 5  |
| 1.3   | Le problème est fréquent.....                                                            | 6  |
| 1.4   | Le sujet est d'une particulière gravité .....                                            | 7  |
| 1.5   | Le sujet est complexe car déborde du champ médical .....                                 | 8  |
| 2     | REGLEMENTATION .....                                                                     | 8  |
| 3     | ENQUÊTE AUPRES DES ETABLISSEMENTS .....                                                  | 11 |
| 3.1   | Fonctionnement Repérage / Accueil initial.....                                           | 11 |
| 3.1.1 | Lieu d'accueil initial.....                                                              | 11 |
| 3.1.2 | Mode d'adressage / Repérage.....                                                         | 12 |
| 3.1.3 | Nombre d'enfants pris en charge.....                                                     | 12 |
| 3.1.4 | Réception et traitement de demandes de conseils téléphoniques .                          | 12 |
| 3.1.5 | Lieu de prise en charge .....                                                            | 12 |
| 3.2   | Organisation formelle.....                                                               | 13 |
| 3.2.1 | Médecin référent.....                                                                    | 13 |
| 3.2.2 | Cellule d'accueil spécialisée .....                                                      | 13 |
| 3.2.3 | Procédures, documents – types, protocoles .....                                          | 14 |
| 3.2.4 | Conventions.....                                                                         | 15 |
| 3.2.5 | Les unités de victimologie.....                                                          | 15 |
| 3.2.6 | Les UAMJP (Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques <sup>23-</sup><br>mesure 16, | 15 |
| 3.3   | Fonctionnement général .....                                                             | 15 |
| 3.3.1 | Prise en charge : diagnostic hospitalier .....                                           | 15 |
| 3.3.2 | Prise en charge : suites sociales ou judiciaires.....                                    | 16 |
| 3.4   | Liens internes .....                                                                     | 17 |
| 3.5   | Liens externes .....                                                                     | 17 |
| 3.5.1 | Le médico – légal, autorités judiciaires, forces de l'ordre.....                         | 18 |
| 3.5.2 | CD / PMI / ASE .....                                                                     | 18 |
| 3.5.3 | Liens vers l'éducation nationale.....                                                    | 19 |
| 3.5.4 | Liens entre Établissements de santé .....                                                | 19 |
| 3.5.5 | Liens médecins libéraux .....                                                            | 19 |
| 3.5.6 | Liens brigade protection enfance et famille.....                                         | 19 |
| 3.5.7 | Liens associations. ....                                                                 | 19 |

|       |                                                                                                                                   |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.5.8 | Rencontres pluri professionnelles locales.....                                                                                    | 19 |
| 3.6   | Moyens.....                                                                                                                       | 20 |
| 3.6.1 | Personnel.....                                                                                                                    | 20 |
| 3.6.2 | Formation.....                                                                                                                    | 21 |
| 3.6.3 | Autres moyens.....                                                                                                                | 21 |
| 3.7   | Situations spécifiques.....                                                                                                       | 21 |
| 3.7.1 | La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN).....                                                                                       | 21 |
| 3.7.2 | Le syndrome du bébé secoué.....                                                                                                   | 22 |
| 3.7.3 | Prise en charge des soins spécifiques aux psychotraumatismes liés<br>aux violences intrafamiliales subies pendant l'enfance. .... | 22 |
| 3.7.4 | La prise en charge hospitalière immédiate des enfants lors de<br>meurtres intrafamiliaux au domicile familial .....               | 22 |
| 3.8   | Autres activités - évaluation.....                                                                                                | 22 |
| 3.8.1 | Données d'activité .....                                                                                                          | 22 |
| 3.8.2 | La pratique prédominante pour l'accueil d'un enfant suspects de<br>séviçes est celle de l'hospitalisation complète.....           | 23 |
| 3.8.3 | Formations internes et externes .....                                                                                             | 24 |
| 3.8.4 | Prévention.....                                                                                                                   | 24 |
| 3.8.5 | Recherche .....                                                                                                                   | 24 |
| 3.9   | Financements .....                                                                                                                | 24 |
| 3.9.1 | Consignes en vue de codage. ....                                                                                                  | 24 |
| 3.9.2 | Financement.....                                                                                                                  | 24 |
| 4     | DISCUSSION POINTS FORTS – POINTS FAIBLES.....                                                                                     | 25 |
| 4.1   | Points saillants de l'enquête .....                                                                                               | 25 |
| 4.2   | Points forts signalés par les établissements .....                                                                                | 25 |
| 4.3   | Points faibles relevés par les établissements .....                                                                               | 26 |
| 4.4   | Attentes vis-à-vis de l'établissement de référence.....                                                                           | 27 |
| 4.5   | Focus sur les CHU 69 et CHU 63.....                                                                                               | 28 |
| 4.6   | Autres organisations en France <sup>29</sup> .....                                                                                | 29 |
| 4.7   | Points de discussion .....                                                                                                        | 30 |
| 5     | CONCLUSIONS - PROSPECTIVE .....                                                                                                   | 31 |
| 5.1   | Les principaux objectifs envisageables d'une organisation régionale<br>commune                                                    | 31 |
| 5.1.1 | Améliorer le repérage / dépistage des situations individuelles de<br>maltraitance ou de risque de maltraitance.....               | 31 |

|        |                                                                                                                                                       |    |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1.2  | Améliorer le diagnostic et la prise en charge hospitalière en coordination interne, lutter contre l'inconfort des soignants face à cette pathologie   | 32 |
| 5.1.3  | Garantir l'effectivité des informations ASE <sup>(L 226-3 CASF)</sup> et des signalements justice <sup>(art 375 code civil)</sup>                     | 32 |
| 5.1.4  | Promouvoir et assumer la juste place de l'hôpital dans le traitement et le suivi des enfants et de leur entourage                                     | 32 |
| 5.1.5  | Bien prévoir la gestion des situations particulières et / ou rares ; ..                                                                               | 33 |
| 5.1.6  | Accentuer la prévention                                                                                                                               | 33 |
| 5.1.7  | Améliorer les compétences des professionnels                                                                                                          | 34 |
| 5.1.8  | Sensibilisation grand public                                                                                                                          | 33 |
| 5.1.9  | Disposer d'éléments d'information en vue d'évaluation <sup>(11, proposition 19)</sup>                                                                 | 34 |
| 5.1.10 | Promouvoir des travaux de recherche et de publications                                                                                                | 34 |
| 5.2    | Mettre en place une réponse organisationnelle régionale commune <sup>15</sup> : [élaboration d'un document de recommandations ou de bonnes pratiques] | 35 |
| 6      | LISTE des ANNEXES                                                                                                                                     | 37 |
|        | ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail                                                                                                           | 38 |
|        | ANNEXE 2 : liste des codes PMSI                                                                                                                       | 39 |
|        | ANNEXE 3 : Eléments de Recommandations pour la Prise en Charge Hospitalière des Enfants maltraités                                                    | 40 |
|        | ANNEXE 4 : Liste indicative des personnes et structures impliquées en protection de l'enfance                                                         | 44 |
|        | ANNEXE 5 : Médico-légal et Maltraitance : quelques repères sur les organisations existantes                                                           | 45 |
|        | ANNEXE 6 : Références                                                                                                                                 | 47 |

# **1 ENJEUX**

## **1.1 Définition**

La maltraitance de l'enfant recouvre des déviations, des excès, ou des insuffisances graves commis par les parents ou proches dans l'exercice de l'éducation ou des soins concernant les jeunes dont ils ont la responsabilité.

Les instances internationales en distinguent habituellement quatre types fondés sur l'exercice de violences (physiques, émotionnelles et sexuelles) et les négligences.<sup>1 p10</sup>

Selon la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect<sup>1p10</sup> « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.<sup>2</sup>

La maltraitance est autrement définie en France par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social)<sup>3</sup>. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger ou de risque de danger<sup>4, 5 6</sup>,

Sont rattachés à la maltraitance des enfants des cas particuliers :

- Bébé secoué
- Mort Inexpliquée du Nourrisson
- Inceste et violences sexuelles
- Psycho traumatismes dont meurtres intra familiaux au domicile familial.

## **1.2 La maltraitance des enfants est un sujet hospitalier**

« Si l'hôpital ne connaît pas tous les cas de mauvais traitements, ses équipes sont amenées à rencontrer tous les types de sévices, physiques ou non, et de négligences, ainsi que tous les degrés de gravité, dont les cas les plus sévères. Il est aussi le lieu privilégié de dépistage précoce des situations à haut risque. »<sup>7</sup>

Pour l'hôpital, la maltraitance est une pathologie comme une autre pour le somatique ou le psychique, mais la maladie de la relation entre l'enfant et son entourage qui s'y surajoute, désagrége le schéma habituel des soins.

### **1.3 Le problème est fréquent**

(en France et en région Auvergne Rhône-Alpes)

La prévalence réelle estimée, avec ou sans recours aux dispositifs sociaux, tous types de violences confondues, est dans une fourchette large dépendant de la définition et du contexte local. Dans les pays occidentaux, elle va de 2 à 4 % pour les cas suspects, de 0.5 à 2 % pour les cas retenus par une institution, de 3.7 % à 16.3% pour les cas auto-déclarés (jusqu'à 33 % dans d'autres pays du monde<sup>8</sup>, et de 5 % (hommes) à 20 % (femmes) pour les violences sexuelles<sup>1</sup>.

Les cas ayant fait l'objet de mesures d'aide sociale en France sont, selon la DREES en 2016<sup>9</sup>, de 299 600, soit 20.4 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) pour 1000 jeunes de 0 à 18 ans, dont environ 30 %, (92 639) ont fait l'objet d'une saisine du juge des enfants.

En 2016, les forces de sécurité ont enregistré en France (66.59 Mh en 2015) 72 970 mineurs victimes de violences (110 p 100 000 hab), dont 19 700 victimes de violences sexuelles<sup>10</sup>. Extrapolé à la région AURA (7, 875 Mh en 2015), on déplorerait ainsi 8 600 mineurs victimes connus des forces de sécurité, dont 2 300 victimes d'agressions sexuelles.

La complexe répartition des mesures institutionnelles figure dans <sup>6</sup> : sur **323 560** mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) au 31 décembre 2014 :

- **161 700 mesures éducatives** (aides éducatives à domicile - AED et actions éducatives en milieu ouvert - AEMO) dont
  - o **50 630** mesures administratives
  - o **111 070** mesures judiciaires
- **161 860** enfants accueillis à l'ASE
  - o **16 200 10 %** placés directement par le juge à un tiers ou un établissement
  - o **145 660 (90 %)** confiés à la suite de mesures administratives ou judiciaires, 14 % moins de 6 ans, 21 % entre 6 et 11 ans, 52 % 11 à 17 ans, 13 % 18 à 21 ans. Garçons 57 % ; filles 43 %.
  - **111 440 76 %** confiés au titre d'une mesure judiciaire
  - **34 220 24 %** confiés suite à une décision administrative

**L'appel au N° 119** permet l'évaluation par un écoutant du danger ou du risque de danger : 32 155 enfants distincts sont concernés par les appels traités au 119 en 2016. (plaquette « allô enfance en danger »)

Les données hospitalières en Auvergne Rhône – Alpes sont fragmentaires.

Selon le PMSI, à partir du nombre annuels de séjours d'enfants ayant subi de mauvais traitements et/ou une enfance malheureuse sur le nombre de séjours de personnes de moins de 18 ans dans le même établissement, on établit un taux régional moyen 2015-2017 de codes « maltraitance » à 0.28 % des enfants hospitalisés (Liste des codes en annexe 2), soit environ 35 séjours hospitaliers MCO pour 100 000 jeunes de 0-17 ans.

Ce taux régional est plutôt en augmentation ces trois dernières années, passant de 0.25 % en 2015 à 0.32 % en 2017, soit de 564 à 694 cas enregistrés.

Un fait notable est la grande dispersion de ce taux selon les établissements, avec (en excluant a priori les taux non significatifs pour cause d'effectifs insuffisants < 100 entrées annuelles) des extrêmes à 4.66 % (CI de l'Union), puis 1.32 % (HEH), 0.63 % (CH ROMANS), 0.55 % (HFME) pour descendre à 0 %.

Au regard des données de la littérature, seulement une petite partie des enfants maltraités hospitalisés seraient repérés comme tels lors de leur passage à l'hôpital.

#### **1.4 Le sujet est d'une particulière gravité**

Les enfants sont dans une période de développement donc de vulnérabilité particulière. Il est légitime de protéger l'enfant de tout ce qui peut compromettre son développement.

Selon l'OMS<sup>2</sup> « *La maltraitance entraîne des souffrances pour les enfants et leurs familles et peut avoir des conséquences à long terme. Elle provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau. Un stress extrême peut affecter le développement du système nerveux et immunitaire. Dès lors, les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles comportementaux, physiques ou psychiques [...]* »

Les effets à long terme peuvent se produire en termes de compétences psychosociales, de santé mentale, d'usage de tabac, de drogue et d'alcool (surtout chez les filles), de comportement sexuel à risque, de délinquance et criminalité<sup>8</sup>, et même de problèmes somatiques à l'âge adulte (diabète, obésité, infarctus du myocarde, HTA)<sup>11, cit n°98</sup>, de troubles de la maturation de la personnalité (émotions, gestion du stress, tendances suicidaires)<sup>11 p 74</sup>.

Au-delà de ses répercussions sur la santé et la société, la maltraitance des enfants a un coût économique, lié notamment aux hospitalisations, au traitement des troubles psychiques, à la protection de l'enfance et aux dépenses de santé à plus long terme concernant la prise en charge des problèmes constatés à l'âge adulte<sup>2</sup>.

## **1.5 Le sujet est complexe car déborde du champ médical**

L'entourage n'est plus bienveillant et attentif, mais pathogène. Il est responsable de la maltraitance dans la majorité des cas. Dès lors, la société doit dans une certaine mesure se substituer à la famille : la puissance publique intervient dans le champ des libertés individuelles.

Dans ce cadre, les professionnels de santé peuvent se sentir isolés et mal à l'aise devant un diagnostic parfois difficile<sup>12</sup> et surtout un rôle qui n'est pas le leur. Ils peuvent s'interroger, lorsque la recherche des informations dans l'intérêt de l'enfant les rend proches de l'immixtion dans les affaires de famille et aussi de la faute déontologique<sup>13</sup> en particulier dans les situations de conflit conjugal.

Le sujet est ainsi à la fois médical et sociétal, et implique selon le stade du parcours de soins plusieurs institutions, de façon non exclusive et qui doivent impérativement se coordonner.

- Prioritairement le secteur « social » (ASE) en cas de négligences et mauvais traitements affectifs prépondérants
- D'abord le secteur soignant (essentiellement l'hôpital) lorsque des violences somatiques, sexuelles voire psychiques sont au premier plan.
- Systématiquement les services de la justice dès que le cas est « avéré »

## **2 REGLEMENTATION**

La réglementation remonte à une trentaine d'années : la circulaire de 1985<sup>14</sup> pointait l'existence de 50 000 enfants maltraités par an en France dont 300 décès. Ses constats semblent toujours d'actualité :

- Le problème des enfants maltraités s'est initialement imposé grâce à des études hospitalières.
- Un fort mais indéfini pourcentage d'enfants maltraités transitait par l'hôpital.
- Le nombre d'enfants dépistés augmentait avec l'implication de l'équipe pédiatrique.
- L'hôpital avait un rôle clef dans la prévention, la détection, et la prise en charge médico-psycho-sociale.
- Deux écueils existent en permanence : la banalisation pouvant faire écran au dépistage et la dramatisation pouvant conduire à des décisions hâtives et la stigmatisation de la famille, dictées davantage par l'anxiété que par une juste évaluation de la situation.<sup>7</sup>
- Le diagnostic hospitalier est difficile :

- depuis les signaux faibles d'un environnement familial inquiétant, jusqu'aux symptômes de l'enfant somatiques ou psychiques parfois délicats à interpréter.
- Car plusieurs services hospitaliers peuvent être concernés en dehors de la pédiatrie : urgences, services de chirurgie générale ou spécialisée (ORL, ophtalmologie), pédopsychiatrie, maternités.
- Car il faut disposer des antécédents sociaux de l'enfant.
- La méconnaissance des sévices favorise leur pérennisation et peut conduire à des récidives parfois mortelles.
- La difficulté des relations avec la famille potentiellement maltraitante.

La circulaire de 1992<sup>15</sup> promouvait la mise en place de cellules **d'accueil spécialisées au sein des hôpitaux** (sans moyens supplémentaires), la présence dans chaque établissement d'un correspondant repéré, la recherche d'un relais avec les plus petits établissements. Était évoquée l'information interne des établissements, la connaissance du n° vert national, la concertation avec les institutions et associations locales, les actions de formation en particulier réitérées aux services des urgences.

D'autres textes sont apparus en 1983<sup>16</sup> puis 1989<sup>17</sup>. En 2007 puis 2016, la loi a fait évoluer le concept de maltraitance vers celui de risque de maltraitance<sup>18,19</sup>.

*« 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. »*

Elle comprend des actions de **prévention** en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du **repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger** pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. Une permanence téléphonique est assurée au sein des services compétents »

La protection de l'enfance relève du conseil départemental (L112-3 CASF), et du service départemental d'aide sociale à l'enfance (art L 221-1 à 9 et R 221-1 à 15, et D 221-D16 à 26 du CASF)

En outre, le rôle du Conseil Départemental dans les actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être est rappelé à l'Article L2112-2 du CSP.

Un service d'accueil téléphonique gratuit (n° 119) ainsi qu'un Observatoire national de l'enfance en danger ont été créés par l'Article L226-6 CASF (loi 2007-293)

La **cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP)** est au centre du dispositif créé par la loi de 2007 (L226-3 et D 226-2-3 à 7 du CASF). Elle permet le partage d'informations autorisé par l'art [L. 226-2-2 du CASF](#).

Son lien avec les médecins a fait l'objet en 2010 d'un rapport du conseil de l'ordre des médecins <sup>20</sup>

Depuis 2016<sup>21</sup>, un **médecin référent " protection de l'enfance "** doit être désigné par le président du conseil départemental.

En 2016 est également créé un **observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)** [Décret n° 2016-1285](#) <sup>22</sup>

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une fiche sur le repérage et la conduite à tenir <sup>4</sup>. Elle s'adresse à tous les soignants et personnels d'accueil de l'enfant. Elle rappelle les signes anamnestiques et physiques d'appel. En fonction de la déontologie et si possible en concertation, elle indique les décisions possibles, avec recours à l'hôpital et à la justice en cas d'urgence, ou signalement au conseil départemental dans les autres cas.

Le **premier plan interministériel** de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants a été lancé le 1er mars 2017 pour la période 2017-2019<sup>23</sup>. Il se concentre sur les violences intrafamiliales de toutes natures (physiques, psychologiques, sexuelles et les négligences).

La stratégie nationale de Santé, décret 29/12/2017 (4° priorité / 7) a mentionné le thème « prévenir les violences et les maltraitements sur les enfants »

Le Schéma Régional de Santé Auvergne Rhône Alpes 2018-2023, Parcours de santé dès le plus jeune âge, prévoit dans son objectif 3 de : « contribuer à limiter l'impact sur la santé des violences faites aux enfants »

- *« Contribuer à promouvoir une éducation sans violence et soutenir les familles dans l'exercice de leur parentalité : il s'agit de sensibiliser l'opinion publique sur les violences faites aux enfants et leur impact sur la santé, et en particulier les parents et professionnels de la petite enfance au syndrome du bébé secoué.*
- *[...]*
- *Renforcer par l'accompagnement à la formation initiale et continue des professionnels de santé le repérage précoce des violences faites aux enfants et aux aides qu'ils peuvent mobiliser.*
- *Organiser l'accueil et la coordination de la prise en charge hospitalière de la victimologie ou des violences à enfants, en s'appuyant sur un réseau de référents et de personnes relais organisé autour des CHU.*
- *Conforter ou favoriser le développement d'unités d'assistance à l'audition de l'enfant victime de violence. »*

Une note du 14 février 2018<sup>24</sup> précise les cinq mesures concernant plus particulièrement les ARS en particulier la mesure 11 : « Mise en place, dans tous les hôpitaux, de médecins référents sur les violences faites aux enfants »

La mise en place du médecin référent est à nouveau recommandée en novembre 2018 par le **défenseur des droits** <sup>(25, recommandation n°6)</sup>

### **3 ENQUÊTE AUPRES DES ETABLISSEMENTS**

Avec l'aide de l'Observatoire Régional de Santé (ORS), une enquête par questionnaire semi – ouvert a été réalisée auprès des établissements de la région Auvergne Rhône – Alpes disposant d'un service d'urgences. La période d'enquête s'est déroulée du 13 juillet 2018 au 20 septembre 2018.

Sur 78 établissements enquêtés, 37 ont répondu, dont 3 CHU sur 4 (non réponse : le CHU 42) ; un établissement a adressé des informations libres, soit 38 réponses, soit un taux de participation de 48.7 %

Les établissements publics répondants sont ceux disposant d'un service de pédiatrie à l'exception de 7 d'entre eux.

22 / 32 établissements disposant d'un service de pédiatrie médicale ont répondu (69 %) contre 16 / 46 n'en disposant pas (35 %)

Les membres du groupe de travail ayant participé à la validation du questionnaire sont en annexe 1

#### **3.1 Fonctionnement Repérage / Accueil initial**

##### **3.1.1 Lieu d'accueil initial**

Comme le critère de sélection des établissements était la présence d'un service d'urgence et que les répondants sont majoritairement ceux disposant d'un service de pédiatrie, on aurait tendance à penser que, au sein des hôpitaux, les pédiatres se sentent particulièrement concernés. (Q1)

Au sein de l'établissement de santé, les services identifiés comme susceptibles de repérer ou d'accueillir un enfant en danger ou en risque de danger sont le service d'urgence ou d'urgence pédiatrique (89 % des établissements), puis de la maternité (67 %), le service de pédiatrie lui-même (57 %), puis des services de néonatalogie, le service social et les services de chirurgie.(Q 2)

Par ailleurs on note un renvoi quasi systématique sur l'unité de victimologie du CH ESTAING, et de façon générale un transfert de l'enfant pour 27 % des établissements répondants, dont dans 16 % des cas une prise en charge (PEC) par un service spécialisé « violences » (médecine légale, victimologie ou autre). L'implication de la pédopsychiatrie serait fréquente. (Q8)

Seuls deux établissements déclarent avoir un numéro d'appel unique «maltraitance» en leur sein (CH Valence et CHU 63). Les appels téléphoniques pour conseils semblent reçus de façon diffuse, et donc mal recensés. Quoi qu'il en soit , on a signalé une centaine d'appels / an au CHU 38 et 2 600 en tout au CHU 63 (Q8)

### **3.1.2 Mode d'adressage / Repérage**

Les établissements n'ont pas pu transmettre d'information à ce sujet

### **3.1.3 Nombre d'enfants pris en charge**

Quinze établissements ont été en capacité de préciser l'effectif d'enfants en danger ou en risque de danger repéré, et seulement le CHU 63 sur les 3 CHU répondants. (Q2)

Sur ces quinze : 5 (privés) ont déclaré n'avoir pas reçu de tels enfants, 6 ont déclaré entre 1 et 5 enfants, 3 entre 20 et 50, et le CHU 63 801 enfants. Par ailleurs, le CHU 38 a précisé lors d'une autre question (Q4) que 200 enfants /an sont concernés environ ; l'HFME gère plus de 100 dossiers en RCP. En dehors des CHU, on ne dispose donc pas d'informations sur la fréquentation hospitalière des enfants maltraités, et la nature même des cas recensés est mal précisée. (Q2)

### **3.1.4 Réception et traitement de demandes de conseils téléphoniques**

Il n'y a pas d'organisation au sein des hôpitaux pour assurer le conseil téléphonique concernant la maltraitance des enfants, et donc pas de données statistiques.

### **3.1.5 Lieu de prise en charge**

Il est difficile de tracer une prise en charge typique des maltraitances ; comme le souligne un établissement « la maltraitance est prise en charge au niveau de l'établissement mais par formalisée. »

Le suivi hospitalier est assuré dans 19 cas / 37 par le service de pédiatrie lui-même lorsqu'il existe dans l'établissement. Aucun suivi initial n'est indiqué pour 18 établissements, Il s'agit (peut-être) d'établissements où aucun enfant n'a été repéré, mais ceci devrait être vérifié car 4 établissements n'ayant pas assuré de PEC initiale déclarent transférer des enfants pour PEC secondaire et un autre indique une PEC d'emblée en médecine légale. Pour les enfants suivis en pédiatrie initialement, cinq établissements complètent leur PEC initiale en service de pédiatrie par un examen pluridisciplinaire sur place [(Pôle femme et enfant pour CHU63, Service de médecine légale, Pôle des spécialités médicales pour l'HFME, Service de Psychiatrie infanto-juvénile - Pôle Femme-Enfant pour CH VICHY], trois autres par un transfert dans un autre établissement, deux autres par une PEC par les services sociaux. (Q 16).

Suite à une sollicitation ou une réquisition des autorités judiciaires, la prise en charge est assurée par le service de pédiatrie lui-même pour 35,1 % des établissements répondants (n=13) et par un autre service (unité de victimologie, unité de médecine légale ou Unité Médico Judiciaire) pour 35,2 % des établissements répondants (n=13), les autres cas correspondent à un transfert dans un autre établissement. (Q17)

## **3.2 Organisation formelle**

### **3.2.1 Médecin référent**

Huit établissements (21,6 %) déclarent avoir un médecin référent pour les enfants maltraités, et ont pu en donner le nom. Il s'agit d'un pédiatre 6 fois sur 8, les deux autres sont médecins urgentistes et exercent au sein d'un établissement privé sans service de pédiatrie médicale, et le rôle du médecin référent « enfants maltraités » est alors confondu avec le rôle de référent « maltraitance en général ».

17 établissements (45,9 %) ont déclaré avoir un référent maltraitance « en général (incluant femmes, personnes âgées...) », différent du pédiatre dans les cas où celui-ci existe. Il s'agit toujours d'un médecin urgentiste à l'exception d'un médecin légiste et d'un médecin exerçant en EHPAD. (Q 3)

L'organisation formelle hospitalière est lacunaire : Pour 2 établissements seulement (CHU GRENOBLE et HPL) la désignation du médecin référent a fait l'objet d'une décision écrite du directeur [19 non réponses pour cette question]. (Q 30)

### **3.2.2 Cellule d'accueil spécialisée**

Une cellule d'accueil spécialisée a été mise en place dans 3 établissements (Les CHU de Grenoble et de Clermont-Ferrand, et le CH de Valence), en référence ou non à la circulaire de 1992. (Q 31)

- À Grenoble, la décision écrite date de 1993, elle est non nominative, dite « virtuelle » car ne reposant que sur les bonnes volontés des participants.
- À Valence, la mise en place date de 2009-2015. Il s'agit d'une convention de fonctionnement entre le CHV et l'Association Mineurs Victimes de Violences. Elle décrit le mode opératoire : planning, modalités de réquisition de l'équipe, locaux, etc.
- À Clermont Ferrand, il existe deux Unités de Victimologie depuis 2000, dont l'une implantée au sein du pôle mère-enfant (Estaing)

accueille le mineurs jusqu'à 16 ans, et 18 ans en cas de violences sexuelles. La coordinatrice organise l'articulation de la prise en charge entre tous les intervenants en lien avec les autres professionnels de l'équipe. Il n'existe pas de temps de secrétariat spécifique. La prise des appels téléphoniques (n° vert gratuit) et le premier accueil sont réalisés à l'Unité par la coordonnatrice le plus souvent avec évaluation de la situation du mineur (urgence médico-légale, délais de prélèvements/traitements curatifs et prophylactiques, risque de danger pour le mineur ou/et un mineur de la fratrie, détresse psychique, urgence judiciaire - enquête de flagrance ou garde à vue en cours...). En fonction de cette évaluation, et après échange avec les professionnels de l'Unité concernés, un rendez-vous programmé ou en urgence sera proposé dans le service. Une orientation vers d'autres structures peut également être suggérée, notamment vers le dépôt de plainte.

Une information qui mériterait d'être précisée est que trois établissements déclarent avoir été désignés comme pôle de référence régional d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles (dont la mission a été étendue aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance).

### **3.2.3 Procédures, documents – types, protocoles**

Une procédure de repérage existe dans environ ¾ des cas, soit en service d'urgence (75 % des établissements), ou autres services (70 %) (Q4)

Les références écrites sont hétérogènes <sup>26</sup> :

- 7 établissements indiquent qu'il existe en interne à l'établissement un document sur la définition de la maltraitance de l'enfant.
- 17 établissements sur 37 déclarent n'avoir aucun document de référence
- 17 déclarent avoir des modèles de signalement (justice, information préoccupante),
- 15 disposent de documents sur la conduite à tenir en cas d'agression sexuelle.
- 12 possèdent des modèles de certificats
- 10 disposent de documents ou protocoles sur la conduite à tenir en cas de violences physiques. (Q 33)

La documentation est souvent disponible sur l'intranet de l'établissement.

### **3.2.4 Conventions**

- Utilisation de l'UAMJP si elle existe.
- Implication des associations d'aide aux victimes

### **3.2.5 Les unités de victimologie**

Les trois CHU répondants disposent d'une unité de victimologie [accueil des victimes sans audition judiciaire - Hors cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)]. 18 (48,7 %) n'en disposent pas, un établissement ne sait pas et 15 n'ont pas répondu à la question. (Q 50)

### **3.2.6 Les UAMJP (Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques)<sup>23-mesure 16, 27</sup>**

L'intérêt de la présence simultanée des soignants et des autorités de police est majeure pour éviter aux enfants de devoir répéter le récit d'événements traumatisants.

Une Unité d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques (UAMJP) existe à l'hôpital Nord-Ouest de VILLEFRANCHE, au CH de VALENCE, au CH d'AUBENAS (non entièrement individualisée). D'autres établissements en disposent dans une structure géographiquement proche pour MOULINS – YZEURE (commissariat), Aurillac (CHU 63), le CH de Voiron (non précisé), le CHU de Clermont Ferrand (Commissariat), l'HFME (à l'hôpital HEH – point d'accueil sur place envisagé). Au CH Émile Roux existe une UMJ polyvalente – adultes dans l'établissement ; à Montluçon : un point d'accueil médico-judiciaire femme-enfant est à l'étude avec les autorités de justice, la Préfecture et les autorités de police ; à Annecy : une consultation médico-psycho-judiciaire/victimologie peut donner des conseils mais n'assure pas la prise en charge en directe des enfants, elle est cependant considérée comme UAMJ par le CH de Rumilly proche (Q 51)

Budget : seul le CH de VALENCE a précisé la mise à disposition des locaux par l'hôpital, du matériel et des enquêteurs par la police.

## **3.3 Fonctionnement général**

### **3.3.1 Prise en charge : diagnostic hospitalier**

Les moyens du diagnostic hospitalier initial ne semblent pas poser de difficultés. La biologie et l'imagerie sont disponibles dans l'heure ; les délais sont plus

dispersés (de quelques heures à 48 h) pour les avis émanant de la psychiatrie, du service social et de médecine légale. (Q 19)

La discussion et/ou la validation du diagnostic s'effectue selon un processus plus ou moins élaboré :

- 7 fois par le médecin seul
- 7 fois en concertation pluridisciplinaire seule
- 6 fois en concertation pluridisciplinaire suivant un premier diagnostic médical
- Seuls les CH de Moulins et le CHU 63 utilisent les prestations d'un pôle de victimologie après le diagnostic médical. (Q 20)

NB : La CS pluridisciplinaire peut se faire sur place ou dans un autre établissement.

Commentaire d'établissements : La durée de l'évaluation dépend du contexte familial et des proches / famille / partenaires à solliciter. Elle peut durer plusieurs jours. La validation/discussion du diagnostic est souvent l'aboutissement d'échanges entre médecins de spécialités et médecins formés/expérimentés en victimologie. C'est une phase importante et singulière de par les différentes situations rencontrées. Cette phase de diagnostic s'adapte en fonction des points repérés et à observer (Q 21)

### **3.3.2 Prise en charge : suites sociales ou judiciaires**

En cas de doute ou de suspicion, un suivi hospitalier est mis en place 21 fois, soit par 56,8 % des établissements répondants. Dans 62 % des cas un suivi complémentaire est mis en place : essentiellement par la PMI, parfois le médecin traitant. [Q 22 = en vile ou autres]

En cas de maltraitance avérée : les établissements répondants font une information préoccupante ou un signalement au procureur.

- Certains établissements ont plutôt recours à l'information préoccupante (3/4 des cas) vs le signalement au procureur (1/4 des cas),
- D'autres semblent avoir une politique inverse (1/4 information et 3/4 signalement), voire même un recours exclusif au signalement (Montluçon, Roanne, Grenoble)
- Aucun établissement ne laisse la situation sans suite institutionnelle. (Q 23)

Il y a donc une différence de pratiques entre établissements quant à la conduite à tenir en cas de maltraitance avérée, et qui mérite d'être inventoriée.

La rédaction du certificat initial se fait

- dans 11 établissements sur 37 par un médecin à considérer comme non averti
- dans 16 établissements par un médecin disposant d'un support (modèle ou conseil de médecin légiste) ;
- dans 11 établissements par un médecin expert (formé ou médecin légiste)
- dans 5 autres établissements par d'autres praticiens.

Dans deux cas il est mentionné l'intervention d'internes ou de psychologues. (Q 24)

Sur la rédaction des certificats, la somme des réponses est supérieure au total des répondants : les pratiques sont diverses, mais une proportion significative d'établissements (vers 25 %) sont susceptibles de faire appel à un praticien dont la formation est inconnue, avec un risque sur la qualité de rédaction du certificat initial.

Les établissements ont eu du mal à estimer le temps médical consacré à la gestion d'un cas dans son ensemble : de 5 heures à plus de 13 heures en moyenne, avec des extrêmes variant de 1 heure à plusieurs jours, très variables selon les cas en cause. (Q 25) Pareillement, les établissements ont eu des difficultés à estimer le temps non médical consacré à cette prise en charge, de 1 h à 72 h en moyenne, et de larges extrêmes allant jusqu'à 250 h. <sup>p 19</sup>. Il est possible que la formulation de la question ait été trop imprécise. (Q 26)

Le retour d'information des autorités vers les hôpitaux suite à un signalement est faible : 27 % des 18 établissements répondant à cette question ont des informations de suivi de l'ASE, et 18 % de la part de la justice (on ne sait s'il s'agit des mêmes dossiers). Il est mentionné que les informations doivent parfois être sollicités par les soignants, ou bien transitent par les familles. On pense que ce retour serait important pour l'ajustement des pratiques et notamment le formatage du suivi médical. (Q 27)

### 3.4 Liens internes

Au sein des hôpitaux, les relations internes sur le sujet de la maltraitance infantile sont insuffisantes : seuls le service social (30 % des cas) et la maternité (19 %) sont cités comme interlocuteurs repérés de façon significative. La médecine légale (16 %) l'est moins, tout comme la direction, les services de psychiatrie (5 %), la chirurgie qui sont très peu cités. La formalisation de ces liens sous forme d'un recensement écrit des interlocuteurs est anecdotique sauf pour la médecine légale (8 %) (Q 35)

### 3.5 Liens externes

Les correspondants externes ne sont repérés au mieux que dans un établissement sur deux ; les institutions citées au même niveau étant les autorités judiciaires (46 %), l'ASE (46 %), la PMI (49 %). Les autres interlocuteurs possibles ne sont cités que par 22 % des établissements pour les forces de l'ordre, 19 % pour les hôpitaux voisins, 13 % pour l'éducation nationale. L'intérêt de la mémoire écrite semble plus marqué sur ce chapitre, puisque environ les ¾ des correspondants institutionnels sont relevés par écrit.

Les établissements sont en lien avec la Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) au moins pour 20/37 d'entre eux. Les contacts sont réguliers, hebdomadaires ou pluri-mensuels, voire quotidiens. Il s'agit très souvent de contacts téléphoniques. Ceci pourrait signifier que 17/37 d'entre eux ne seraient pas en lien avec la CRIP ( ?). (Q 36)

### **3.5.1 Le médico – légal, autorités judiciaires, forces de l'ordre.**

Les conventions ou protocoles externes existent dans environ 1/3 des établissements, avec la justice (30 %), et les forces de l'ordre (30 % également). Ces documents prennent souvent la forme de chartes incluant parfois d'autres structures comme la préfecture ou les mairies, mais elles ne comportent pas toujours de volet pédiatrique. (Q 37-38)

Le CHU 63 décrit recevoir des réquisitions du parquet d'Aurillac, Vichy, Montluçon, Moulins, éventuellement du Puy, pour des examens à Clermont - Ferrand.

### **3.5.2 CD / PMI / ASE**

La fréquence des liens avec la Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) varie selon les établissements. Pour la majorité des établissements ayant répondu à la question (20 sur 37), les contacts sont réguliers, quotidiens, hebdomadaires à pluri-mensuels. Il s'agit très souvent de contacts téléphoniques. (Q 39)

La nature et la fréquence des liens avec le médecin référent "protection de l'enfance" ont été précisées par 12 établissements. Les liens ne semblent exister à des degrés divers que dans 7 cas, ce qui fait que 30/37 établissements seraient sans relation avec le médecin référent « protection de l'enfance » (*Article D221-25 du CASF, art 7 loi 14-3-2016*) (Q 40)

Onze établissements (29,7 %) participent à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance, 13 (35,1 %) n'y participent pas et 13 (35,1 %) n'ont pas répondu à la question. (Q 41)

### **3.5.3 Liens vers l'éducation nationale**

Des liens avec les médecins du service de santé scolaire et les personnels enseignants ont été précisés par 18 établissements. Seuls 2 établissements soulignent avoir des liens réguliers, les autres semblent n'avoir que des liens ponctuels. (Q 42)

### **3.5.4 Liens entre Établissements de santé**

Les 3 CHU répondants disent avoir des liens avec les établissements «périphériques», surtout conseils téléphoniques, et parfois consultations, avant décision d'information préoccupante ou de signalement au procureur. Mais seuls 5 établissements déclarent des liens avec « leur » CHU. Mention du thème « maltraitance de l'enfant » est notée dans les travaux du GHT seulement à VALENCE et pour l'HFME. (Q 43).

Un CHU déclare recevoir des enfants transférés (BB secoués,..) pour examens complémentaires (signalement ASE ou procureur fait parfois en amont), les cas plus simples sont gardés dans les établissements de proximité.

### **3.5.5 Liens médecins libéraux**

Avec les médecins libéraux, des réunions de concertation existent pour 6 établissements, et des formations pour 7 d'entre eux. (Q 44)

### **3.5.6 Liens brigade protection enfance et famille**

17 établissements ont apporté des précisions : les liens ne semblent importants qu'avec les CHU, notamment Lyon et Clermont Ferrand. Les autres établissements ont des liens de nuls à ponctuels en fonction des affaires. (Q 46)

### **3.5.7 Liens associations.**

Les relations avec les associations d'aide aux victimes ne sont citées que par 17 établissements ; elles semblent épisodiques, selon les dossiers, y compris pour les CHU. (Q 47)

### **3.5.8 Rencontres pluri professionnelles locales.**

Des rencontres pluri professionnelles locales (à partir de 3 professions différentes présentes) ont été mentionnées par 14 établissements. L'initiative de ces rencontres est variables : maternité, PMI, justice, pédiatrie elle-même (Q 48)

### 3.6 Moyens

#### 3.6.1 Personnel

Du personnel dédié à l'activité de maltraitance (non exclusivement enfant) est signalé par 6 établissements (16,2 %), 16 (43,2 %) n'en ont pas et 15 (40,5 %) n'ont pas répondu.

| Établissement<br>[Identifiant]                                      | Service,<br>unité ou pôle | Qualité (médecin,<br>infirmier...)                | Eff<br>ectif | P  | ET  |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------|----|-----|
| <b>[23] - CHU<br/>Grenoble</b>                                      | HCE -<br>pédiatrie        | Pédiatre                                          | 1            |    | 0,1 |
| <b>[46] - CH Annecy<br/>Genevois</b>                                | Service<br>social du CH   | Assistante sociale                                | 1            |    | 0,3 |
| <b>[59] – CH Valence</b>                                            |                           | Médecin pédiatre                                  | 1            |    | 0,1 |
|                                                                     |                           | Gynécologue                                       | 1            | 25 | 0,0 |
|                                                                     |                           | Psychologue                                       | 1            |    | 0,3 |
| <b>[73] - CHU<br/>Clermont-Ferrand</b>                              | Unité de<br>victimologie  | Médecin                                           | 3            |    | 0,5 |
|                                                                     |                           | Puéricultrice                                     | 2            |    | 0,5 |
|                                                                     |                           | Sage-femme                                        | 1            |    | 0,4 |
|                                                                     |                           | Psychologue                                       | 2            |    | 0,2 |
|                                                                     |                           | Juriste<br>coordonnatrice                         | 1            |    | 1   |
| <b>[75] - HCL (Hôp.<br/>Mère-enfant ; Hôp.<br/>Édouard Herriot)</b> | UMJP, Med<br>Leg, Spe Med | Médecin légiste                                   | 9            |    | 8   |
|                                                                     |                           | Psychologue ayant<br>une compétence<br>« mineur » | 1            |    | 1   |
|                                                                     |                           | Secrétaires                                       | 4            |    | 4   |
| <b>[82] - Hôpitaux<br/>Drôme Nord</b>                               | SOCIAL                    | Assistante sociale                                | 2            |    | 1   |

Seuls les CHU et le CH de VALENCE ont indiqué disposer de temps de médecin. (Q 54)

Dans l'ensemble, les répondants ont mentionné (déploré ?) l'absence de moyens en personnels dédiés.

Un temps d'assistante sociale est disponible au service d'urgence ou d'urgence pédiatrique pour la maltraitance de l'enfant dans 9 établissements (24,3 %), 14

établissements (34,8 %) indiquent ne pas avoir de temps disponible et 14 établissements (37,8 %) n'ont pas répondu à cette question. (Q 55)

Il faudrait s'assurer que parmi les établissements n'ayant pas déclaré de temps d'AS « maltraitance » identifié, les AS « polyvalentes » notamment en service d'urgence ne consacrent pas un temps à cette activité. Quoi qu'il en soit, le fait qu'un quart des établissements aient bien identifié ce personnel affecté peut paraître insuffisant.

### **3.6.2 Formation**

Au cours des trois dernières années, 11 établissements ont formé leur personnel au repérage et à la prise en charge de la maltraitance chez l'enfant, dont les CHU 63 et 38, mais non le CHU 69. (Q 56)

### **3.6.3 Autres moyens**

Néant

## **3.7 Situations spécifiques**

### **3.7.1 La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)**

Elle est évoquée par la mesure 2 du plan<sup>23</sup>, notamment concernant l'intérêt des examens post mortem) (Q 59)

Une organisation spécifique est mise en place au sein de 12 établissements (32,4 %), dont 9 / 12 réalisent systématiquement les examens post-mortem. Pour 2 autres établissements, les examens post-mortem sont réalisés apparemment sans organisation formalisée. (simplement transfert CHU 42 pour le CH de ROANNE).

Dans le cas de mort inattendue du nourrisson, un protocole validé par le procureur est disponible dans 4 établissements. (Grenoble, HNO, Montluçon et HFME).

Les CHU semblent être le lieu de transfert des nourrissons décédés, en référence à un protocole régional et aux recommandations HAS.

Un Centre de Référence MIN existe au CHU de Grenoble depuis 1986 avec obtention depuis 2016 d'un budget dédié. Entre 10 et 14 enfants et leurs familles sont pris en charge chaque année en étroite collaboration avec équipe de médecine légale.

A l'HFME, la prise en charge est pluri disciplinaire AMU/Pédiatrie/foetopathologie/médecine légale dans le cadre d'un protocole bi partie Parquet de Lyon / HCL.

### **3.7.2 Le syndrome du bébé secoué**

Ce problème est cité en mesure 10 du plan<sup>23</sup>.

Une organisation spécifique est prévue au sein de 7 établissements pour le syndrome du bébé secoué.

Même si cette organisation spécifique n'est pas mise en place, 19 établissements (51,4 %) déclarent prendre en compte les recommandations de la HAS pour la prise en charge du syndrome du bébé secoué. (Q 63)

### **3.7.3 Prise en charge des soins spécifiques aux psychotraumatismes liés aux violences intrafamiliales subies pendant l'enfance.**

(Mesure 19 du plan<sup>23</sup>)

Une organisation spécifique dans l'établissement est prévue pour la prise en charge des soins spécifiques aux psycho-traumatismes liés aux violences intrafamiliales subies pendant l'enfance au sein de 3 établissements (Montluçon, Valence ou Rumilly). Une procédure de repérage existe au sein de 3 établissements (Grenoble, HFME, Vichy) qui ne sont pas ceux déclarant avoir une organisation spécifique. (Q 66)

Cette situation semble peu investie à ce jour par les établissements.

### **3.7.4 La prise en charge hospitalière immédiate des enfants lors de meurtres intrafamiliaux au domicile familial**

(Mesure 20 dans le plan interministériel<sup>23</sup>)

Une organisation particulière est prévue pour la prise en charge hospitalière immédiate des enfants lors de meurtres intrafamiliaux au domicile familial au sein de 2 établissements (CHU Grenoble et Rumilly). La majorité des établissements (21 - 56,8 %) n'a pas d'organisation particulière, 14 établissements (37,8 %) n'ont pas répondu à la question. La sollicitation de la CUMP ou de psychologues est citée par 7 établissements. (Q 69)

Même remarque que ci-dessus : cette situation semble peu investie à ce jour par les établissements.

## **3.8 Autres activités - évaluation**

### **3.8.1 Données d'activité**

Q 72 Un bilan d'activité spécifique à la maltraitance de l'enfant ou un chapitre spécifique dans le rapport d'activité de l'établissement existe pour 4 établissements (Valence, Clermont, HFME, HDN, (10,8 %), 19 établissements (51,4 %) précisent que cela n'existe pas et 14 (37,8 %) n'ont pas répondu à la question.

Ainsi, 9 établissements disposent de données, 8 ont précisé le nombre d'enfants repérés dans l'établissement et 6 le nombre d'enfant pris en charge, deux (HCL ET Estaing) au également transmis leur bilan d'activité.

| Établissement [Identifiant]                        | Nombre d'enfants repérés dans l'établissement | Nombre d'enfants pris en charge dans l'établissement |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Hôpitaux Drôme Nord [82]                           | 33                                            | 33                                                   |
| Hôpital privé de la Loire [88]                     | 1                                             | -                                                    |
| Hôpital Nord-ouest Villefranche [52]               | 76                                            | 37                                                   |
| CH de Valence [59]                                 | 98                                            | 256                                                  |
| CHU Clermont-Ferrand [73]                          | 805                                           | 729                                                  |
| CH Annecy-Genevoy [46]                             | 60 (idem Q1)                                  | -                                                    |
| CH d'Albertville-Moûtier [90]                      | Non suivi                                     | Non suivi                                            |
| HCL (Hôp. Mère-enfant ; Hôp. Édouard Herriot) [75] | plus de 100/an                                | HFME : + de 100/an<br>UMJP : 931                     |

### 3.8.2 La pratique prédominante pour l'accueil d'un enfant suspects de sévices est celle de l'hospitalisation complète

Le tableau ci-dessous indique les réponses reçues des établissements quant à la répartition des enfants admis lors de la première prise en charge : (Q 74)

| Établissement [Identifiant]                        | Hospitalisation complète | Hospitalisation de jour | Consultation                   | Autre                                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| CH Annecy-Genevoy [46]                             | 50 % en pédiatrie        | 0                       | 50 % aux urgences pédiatriques |                                                                        |
| Hôpital Nord-ouest Villefranche [52]               | 100 %                    |                         |                                |                                                                        |
| CH Montluçon [57]                                  | 50 %                     |                         | 50 %                           |                                                                        |
| CH Voiron [62]                                     | 100 %                    |                         |                                |                                                                        |
| CH Roanne [69]                                     | non connu                |                         |                                |                                                                        |
| CHU Clermont-Ferrand [73]                          | 4 %                      | 1 %                     | 95 %                           |                                                                        |
| HCL (Hôp. Mère-enfant ; Hôp. Édouard Herriot) [75] | 95 %                     |                         |                                | la majorité des enfants sont admis en hospitalisation complète via les |

| urgences<br>pédiatriques (MG)   |       |
|---------------------------------|-------|
| <b>Hôpitaux Drôme Nord [82]</b> | 100 % |
| <b>CH Bourg-en-Bresse [89]</b>  | 100 % |

Seul le CHU 63 a un recours quasi exclusif à la consultation : ces différences de pratiques mériteraient d'être explicitées.

### 3.8.3 Formations internes et externes

Concernant les formations externes, 4 établissements indiquent en assurer [CH Valence, CHU 69, CHU 63, CHU 38] (19 (51,4 %) n'en assurent pas et 14 (37,8 %) n'ont pas répondu à la question) (Q 76).

### 3.8.4 Prévention

Cinq établissements assurent des actions de prévention (Valence, Aurillac, Clermont, Grenoble, Roanne) notamment BB secoué, MIN et accidents de la vie courante. (Q 77)

### 3.8.5 Recherche

Quatre établissements indiquent avoir des activités de recherche: à côté du CHU de Grenoble sont relevés les CH de Valence, les HDN et le CH du Puy. (Q 78)

## 3.9 Financements

### 3.9.1 Consignes en vue de codage.

Des consignes en vue du codage des enfants maltraités ont été données par le service de l'information médicale dans 7 établissements (18,9 %). Un établissement indique ne pas savoir, 13 (35,1 %) n'ont pas eu de consigne et 16 (43,2 %) n'ont pas répondu à la question. (Q 79)

### 3.9.2 Financement

De façon générale, les établissements déplorent que le surcroît de complexité lié à la gestion des cas de maltraitance ne soit pas pris en compte ni par le PMSI ni une autre source de financement.

## **4 DISCUSSION POINTS FORTS – POINTS FAIBLES**

### **4.1 Points saillants de l'enquête**

- On peut retenir l'implication des services de pédiatrie (ou des établissements en disposant) traduite par une représentation majoritaire des répondants dans l'enquête.
- L'activité hospitalière est statistiquement mal connue à l'exception relative des CHU (répondants) qui disposent de données. Cependant la nature des informations n'est pas homogène et il est difficile d'en tirer des informations exploitables de portée générale.
- Un médecin référent est rarement désigné, surtout officiellement, et plus rarement encore une cellule spécialisée. À quelques exceptions près, il n'y a pas de temps de personnel dédié à cette activité.
- La disponibilité de procédures locales ou régionales est jugée insuffisante dans pratiquement tous les établissements. Le fait que presque un établissement sur deux ne dispose pas de documentation sur la maltraitance est un problème de qualité des soins. Le caractère un peu disparate des thèmes abordés dans les documents disponibles mériterait une révision des pratiques.
- Les qualifications ou compétences du médecin rédacteur du certificat initial sont inhomogènes.
- La connaissance des partenaires tant internes qu'externes est probablement parcellaire ou insuffisamment formalisée.

### **4.2 Points forts signalés par les établissements**

De façon générale, les établissements soulignent le caractère positif :

- des collaborations entre différents services en vue d'une prise en charge pluri professionnelle et de l'utilisation de compétences complémentaires :
  - Intra hospitaliers : notamment pédiatrie : réanimation pédiatrique / néonatalogie : maternité : urgences pédiatriques : chirurgie pédiatrique... radio pédiatrie – médecine légale – laboratoires (toxicologie)... existence d'une unité de psychopathologie périnatale, travail en RCP.
  - Extra hospitaliers institutionnels : conseil départemental, ASE, PMI (infirmières et médecins de PMI), CRIP, participation active à l'ODPE, santé scolaire, justice, police...

- Non institutionnels : pédiatres et médecins libéraux.
- D'un cadre de confiance mutuelle dans le rôle et les compétences de chacun et le respect de chaque institution.
- De l'implication des personnels soignants et des médecins (libéraux du service des urgences), à la prévention et au repérage de la maltraitance, au travail pluridisciplinaire.
- De la présence éventuelle de personnels hautement qualifiés :
  - Accueil par un pédiatre 24/24, prise en charge dans le cadre du soin.
  - Existence d'une unité de liaison pédopsychiatrie
  - Présence d'un médecin légiste disponible <sup>au CHANGE, HFME</sup>
  - Spécialisation d'une assistante sociale à disposition des services de soin, éventuellement interlocuteur référent du procureur et de la CRIP <sup>(HDN)</sup> ou d'un médecin référent <sup>(HPL)</sup>
  - Référent MIN
- De l'organisation possible dans le cadre d'une consultation médico-psycho-judiciaire / victimologie, ou d'une UAMV <sup>Valence</sup> (Unité d'Accueil Médical Victimes)
- De la disponibilité des intervenants : pédiatres 24/24, accès facile pour tout signalant.
- D'une prise en charge globale (somatique et psychique) de l'enfant victime
- De l'intérêt en CHU ou gros hôpital d'être centre de référence et de conseil pour les autres structures <sup>(Clermont Fd, Valence)</sup>.
- De la formalisation progressive des procédures et articulations nécessaires à un repérage et une prise en charge précoce et pluri professionnelle

#### **4.3 Points faibles relevés par les établissements**

- Le domaine de la maltraitance est insuffisamment couvert par des procédures dans les établissements où il y a nécessité de formaliser l'existant. Il est souligné l'intérêt d'uniformiser les pratiques, en diffusant les outils et le savoir-faire existants (Modèles de certificats (cf. recommandations HAS ), guide de prélèvement, protocoles de prise en charge...) <sup>(Plusieurs ets)</sup>
- Plusieurs établissements regrettent l'absence de référents et d'une organisation conformément à la réglementation concernant la maltraitance envers les mineurs, les femmes et les personnes vulnérables <sup>(CHANGE, MONTELMAR, CHAMBERY ROANNE, PRIVAS)</sup> Des échange de pratiques avec d'autres

unités similaires sont souhaitées.

- Est souvent pointée l'absence de reconnaissance institutionnelle et éventuellement de moyens financiers <sup>(CHU 38, CHANGE)</sup> de cette activité chronophage qui nécessite des temps de médecin dédié, d'assistante sociale <sup>(HNO, AUBENAS)</sup>, de psychologue, de puéricultrice, de secrétariat.
- Le manque d'un médecin légiste et/ou de liens entre pédiatrie et médecine légale est plusieurs fois mentionné. <sup>(CHAMBERY, VICHY, HFME)</sup>
- Les relations dans le temps avec autres acteurs institutionnels sont jugées perfectibles, les parcours trop cloisonnés <sup>(HFME, VALENCE)</sup> : le secret de l'instruction complique la PEC et le retour d'expérience. Il y a nécessité de remettre le travail pluri professionnel au sein de la prise en charge surtout au service des urgences pédiatriques <sup>(HNO)</sup>
- Le manque de données et d'informations sur le suivi des dossiers est souvent relevé. On éprouve le besoin de staffs avec la CRIP pour reprise de certains dossiers et de retours d'expérience, ainsi que d'un registre des repérage, des informations préoccupantes et signalements <sup>(CHAMBERY, AURILLAC)</sup>. Le(s) système(s) dossier patient sont parfois jugés complexes, (plusieurs logiciels à utiliser pour un seul patient <sup>(HNO)</sup>)
- La formation des soignants (médicaux et paramédicaux)<sup>1</sup>, notamment des services d'urgence au dépistage est jugée insuffisante. <sup>(PRIVAS) (HNO, HPL)</sup>, de même que la communication sur l'organisation au sein de l'établissement <sup>(CHANGE)</sup>
- Des points plus particuliers sont également cités :
  - Gestion des cas des migrants <sup>(VALENCE)</sup>
  - Au niveau de l'UAMV : renforcer la sécurisation des victimes <sup>(CLERMONT FD)</sup>
  - Optimisation de la prise en charge du psycho-traumatisme <sup>(CLERMONT FD)</sup>
  - Développement des projets de recherche

#### **4.4 Attentes vis-à-vis de l'établissement de référence**

De façon générale, les établissements plus rarement concernés par le problème demandent du soutien et de l'expertise de la part de leurs voisins déjà plus impliqués :

- Recommandations, procédures, protocoles, conduites à tenir régionales
- Formation

- Soutien, aide à la réflexion sur les situations difficiles avec meilleure disponibilité (temps médicaux et référents nominatifs)
- Soutien en médecine légale, examens en cas de viol.
- Animation d'un réseau des référents des CH, réunion au moins annuelle.

#### 4.5 **Focus sur les CHU 69 et CHU 63**

A titre d'illustration, nous présentons une brève analyse sur deux rapports d'activités parvenus, qui illustrent la complexité du système.

Le fonctionnement de l'unité de victimologie du CHU 63 diffère de la RCP du CHU 69 par son orientation médico – légale avec 1640 consultations dans le cadre de la « victimologie » et 460 examens sur réquisitions en 2017 ayant abouti à 85 suites institutionnelles (53 signalements et 32 informations préoccupantes). Au CHU 69 : 107 dossiers en 2016 ayant abouti à 42 signalements et 32 informations préoccupantes.

Au CHU de Clermont Ferrand, il existe deux pôles de victimologie, femme-enfant sur le site ESTAING, (avec UF) et adulte sur le site MONTPIED.

*La victimologie pédiatrique et femmes reçoit 800 patients par an soit environ 1600 consultations dont 3/4 mineurs. Dans 50 % des cas (400 / an), sur appels des services ou des urgences, le pôle se déplace in situ ou convoque le patient. Les 50 % autres concernent des expertises, en recours de la PMI ou de l'Éducation Nationale, des libéraux, et éventuellement sur réquisitions judiciaire.*

*Le pôle gère également les MIN.*

*Certains problèmes sont particulièrement difficiles, par exemple les vulvites, les condylomes, les irritations du siège, ou les suspicions de bébés secoués. Les examens et interrogatoire se font toujours à deux (médecin + IDE ou SF) et souvent conduisent à une information préoccupante auprès de l'ASE. Des staffs ont lieu à intervalles plus ou moins réguliers, où quelques dossiers sont vus.*

Les suites institutionnelles sont très superposables, mais la présentation des activités rend les comparaisons difficiles.

La répartition du motif des consultations est également différente, certaines pathologies étant apparemment différemment recensées selon le lieu :

|                                  | CHU 63            | CHU 69 |
|----------------------------------|-------------------|--------|
| Agressions sexuelles :           | 34 %              | 8 %    |
| Bébé secoué                      | 2 %               | 16 %   |
| Hématomes sous dural & fractures | Non individualisé | 15 %   |
| Témoin violences conjugales      | 6 %               | 9 %    |

|                            |                   |                   |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Intoxications + Munchausen | Non individualisé | 12 %              |
| Négligences                | 3 %               | 10 %              |
| Violences scolaires        | 14 %              | Non individualisé |
| Difficulté de PEC médicale | Non individualisé | 10 %              |

Outre les différences de nomenclatures, les importants écarts entre les taux constatés très différents d'agressions sexuelles et de bébé secoué méritent d'être expliqués.

Le mode de fonctionnement n'est pas superposable : en 69, il s'agit d'un mode clairement collaboratif pluri professionnel ; en 63 les interventions sont pluriprofessionnelles, mais ne semblent pas systématiquement synthétisées en commun.

#### **4.6 Autres organisations en France<sup>28</sup>**

Au CHU de Nantes une Unité d'Accueil des enfants en danger (UAED) fonctionne depuis 2001, UF du service de pédiatrie.

Ses missions sont :

- Le dépistage et diagnostic des situations de maltraitance, en tant que pôle de référence clinique face à un doute diagnostic, après passage aux urgences, sur demande d'un service hospitalier, sur demande d'un médecin généraliste ou d'un autre professionnel
- Les auditions judiciaires
- Les examens sur réquisition judiciaire.

Les modalités de fonctionnement et le financement pluri-institutionnel sont établis dans une convention cadre signée en 2010 entre CHU, tribunal de Grande Instance, ARS, Conseil Départemental, et association la Voix de l'enfant.

L'équipe comporte des temps de médecin pédiatre (dont un coordinateur), de médecin légiste (double compétence dans ce cas en lien avec la société française de pédiatrie médico - légale), d'assistante sociale, d'IDE puéricultrice, psychologue, cadre de santé, chirurgien pédiatrique.

Elle fonctionne avec

- Des consultations en binômes (évaluation clinique ou réquisition)
- Des réunions d'analyse des pratiques, des RCP associant la PMI, des réunions d'équipe.

En 2017 : 662 évaluations, dont 418 sur réquisition. Près de 50 % des évaluations sur réquisition suivent une audition judiciaire à l'hôpital. Pour évaluations non judiciaires, les enfants sont hospitalisés, vus aux urgences ou consultants externes. Elles ont conduit à 94 signalements et 97 informations préoccupantes.

L'UAED a également une activité d'enseignement (DIU, DESC, écoles d'infirmières ....) et de recherche sous forme d'encadrement de thèses et de publications.

#### **4.7 Points de discussion**

Comme vu plus haut (§1.3), on n'a pas de chiffres précis et fiables sur l'activité hospitalière. Le caractère fragmentaire de données disponibles fait que la qualité du service rendu dans la prise en charge hospitalière de l'enfance maltraitée est à ce stade pratiquement non évaluable.

Selon l'enquête on peut estimer les dossiers enfants maltraités dans un établissement disposant d'un service de pédiatrie à environ 200 – 600 enfants par an dans un CHU, et entre 20 et 50 dans un établissement de taille moyenne : environ 2000 sur la région. Le PMSI a donné une estimation de 564 à 694 cas enregistrés. La fourchette est large.

AURA dénombre environ 2 000 000 jeunes de 0 à 20 ans. Selon la DREES<sup>9</sup>, il y aurait 20.4 mesures de protection de l'enfance pour 1000 mineurs de 0 à 18 ans en 2016, ce qui donnerait environ 35 - 40 000 mesures/an en AURA.

On estimerait ainsi qu'entre 2 et 5 % des enfants nécessitant une mesure de protection ont été hospitalisés.

En 2016 toujours selon la DREES<sup>9</sup>, 67 mineurs sont décédés dans le cadre intrafamilial (sur 131 infanticides la même année)

La difficulté substantielle de cette pathologie est qu'elle est d'étiologie sociale, qui est un déterminant peu accessible au secteur de soins. Le traitement en est donc particulier, puisqu'il nécessite symptomatiquement le recours aux techniques médicales en tant que de besoin. Mais pour agir sur les causes, un travail collaboratif de recours et d'appui de plusieurs intervenants dans la société est nécessaire notamment services sociaux, de justice, de police et d'éducation.

L'enquête a objectivé, et les commentaires des établissements ont confirmé une grande hétérogénéité des organisations, et probablement des pratiques ainsi que le manque de temps disponible pour certaines valences de personnels. Les points d'amélioration relevés par certains établissements sont souvent l'exact contrepoint des domaines positifs relevés par d'autres.

Il faut donc disposer de temps de soignants formés et diversifiés, et disposant d'aptitudes relationnelles particulières.

Toutefois à ce jour, l'implication des professionnels assure une prise en charge dans tous les cas. Mais la qualité des soins pour cette pathologie des enfants maltraités est probablement loin d'être optimale comparativement à d'autres filières de soins plus faciles à structurer.

On sait également que les médecins généralistes peuvent avoir des difficultés à aborder la maltraitance infantile<sup>12</sup> en raison de leur relatif isolement sur ce sujet assez rare dans leur exercice, et de l'ambiguïté de leur place vis-à-vis de la famille.

Une mise à niveau du dispositif hospitalier semble donc s'imposer.

## **5 CONCLUSIONS - PROSPECTIVE**

### **5.1 Les principaux objectifs envisageables d'une organisation régionale commune**

#### **5.1.1 Améliorer le repérage / dépistage des situations individuelles de maltraitance ou de risque de maltraitance**

- L'hôpital doit être identifié comme un lieu de soins et d'aide, non stigmatisant et ouvert en permanence. Il doit être le recours des praticiens de ville, généralistes, pédiatres et autres spécialistes pour ce qui s'apparente à une pathologie chronique grave <sup>28</sup>
- Toutes les formes de maltraitance doivent être prises en compte.
  - Qu'elles soient de nature physique, psychique et/ou émotionnelle, sexuelle
  - Qu'ils relèvent de négligence grave et/ou carence de soins
  - Qu'ils concernent directement l'enfant ou l'expose indirectement (exemple des violences conjugales)
  - Qu'ils affectent l'un des enfants ou l'ensemble d'une fratrie
- Il faut prêter attention à la maltraitance potentielle et au signalement des troubles de la parentalité, la fragilité sociale<sup>7§4</sup>
  - du côté de l'enfant (tous les facteurs entravant les interactions précoces entre l'enfant et ses figures d'attachement : grossesse non désirée et/ou mal investie, prématurité, faible poids de naissance, handicap, pathologie somatique, séparations précoces telles que liées à des hospitalisations précoces et/ou répétées, etc.)
  - du côté des parents (jeune âge, immaturité, troubles psychiatriques, toxicomanies, violences conjugales, déficit intellectuel)<sup>11 p69</sup>
  - du côté de la dynamique familiale (séparations et/ou ruptures d'avec conjoint, famille, amis..., violences conjugales, niveau élevé de stress, pauvreté des échanges verbaux et émotionnels, gestion désorganisée du quotidien...)
  - du côté de l'environnement (isolement affectivo-relationnel, défaut d'étayage socio-familial, précarité économique...)
- Il faut prêter attention aux signaux faibles repérables à l'hôpital<sup>7§4</sup>  
: séjours itératifs mal justifiés, rareté des visites, anomalie inexpiquée du développement staturo-pondéral, retards à la sortie....

### **5.1.2 Améliorer le diagnostic et la prise en charge hospitalière en coordination interne, lutter contre l'inconfort des soignants face à cette pathologie**

Les médecins hospitaliers doivent pouvoir fournir une aide décisionnelle au diagnostic de la maltraitance avérée ou potentielle lorsque les éléments sont plus somatiques et psychologiques que du côté de l'environnement social :

- Répondre aux demandes d'avis de l'ensemble des partenaires intra et extrahospitaliers (médecins, écoles, secteur...)
- Répondre de manière adaptée et collégiale par la possibilité de pouvoir obtenir, dans un délai de 7 jours maximum, une recommandation consultative,
- Par une équipe pluri-professionnelle identifiée au sein de l'établissement et librement accessible, sur la base d'une discussion collégiale (argumentée et contradictoire) du dossier de l'enfant concerné.

Les conditions du diagnostic médico-social et de l'expertise à visée judiciaire doivent être explicitées, tenant compte du lieu, du temps et des compétences disponibles.

Selon l'enquête, Il semble qu'une expertise complémentaire spécialisée ait été jugée utile notamment dans deux CHU. Ceci pose donc la question du caractère systématique de l'organisation de cette étape, après le repérage initial, par transfert interne, externe ou par intervention sur place de compétences spécifiques.

Il faut tendre à diminuer les consultations itératives et la durée des séjours hospitaliers des enfants en risque de danger ou en situation de danger ne relevant plus du plateau technique et présentant des difficultés de sortie.

L'ensemble des partenaires hospitaliers doit être identifiés, et leur liste tenue à jour par le médecin référent dans le cadre de l'animation du réseau local.

### **5.1.3 Garantir l'effectivité des informations ASE <sup>(L 226-3 CASF)</sup> et des signalements justice <sup>(art 375 code civil)</sup>**

Dans le cadre du respect du secret professionnel réglementairement défini<sup>(art 226-13 et 226-14 code pénal ; art 43 et 44 du code de déontologie médicale)</sup>

### **5.1.4 Promouvoir et assumer la juste place de l'hôpital dans le traitement et le suivi des enfants et de leur entourage.**

Selon les nécessités, le suivi doit être conjoint avec les partenaires extrahospitaliers (acteurs de terrain, PMI, médecine scolaire, médecine de ville, secteur social, champ judiciaire), avec des rôles et responsabilités bien définis <sup>783</sup>

L'ensemble des partenaires extra hospitaliers doit être identifiés, et leur liste tenue à jour par le médecin référent dans le cadre de l'animation du réseau local, en particulier le nom du médecin référent protection de l'enfance au sein du conseil départemental.

L'amélioration de la coordination dans le suivi d'aval des maltraitances avérées ou potentielles signalées passe :

- A court terme par l'obtention de la part des partenaires de la nature des mesures prises en ce qui les concerne <sup>783</sup> : protection administrative, protection judiciaire, classement sans suite
- A moyen / long terme : en cas de nouveau séjour, par la possibilité de retrouver dans le dossier hospitalier les signalements antérieurs et l'information sur la mesure prise suite au signalement, de récupérer les données du suivi social ou judiciaire. Il est souhaitable de pouvoir mettre en perspective des avis de la cellule d'accueil et les décisions des équipes de secteur (PMI, AS) et/ou de la justice (Juges des Enfants, Juges aux Affaires Familiales) par des séances de travail conjointes.

#### **5.1.5 Bien prévoir la gestion des situations particulières et / ou rares ;**

La mort Inattendue du Nourrisson : formaliser les prises en charge des enfants décédés

Le syndrome du bébé secoué.

La prise en charge hospitalière immédiate des enfants lors de meurtres intrafamiliaux au domicile familial.

La prise en charge des soins spécifiques aux psychotraumatismes liés aux violences intrafamiliales subies pendant l'enfance

#### **5.1.6 Accentuer la prévention et la sensibilisation du grand public**

La prévention de la maltraitance doit répondre aux situations de maltraitance potentielle, et donc s'échelonner et s'adapter aux saisons de la parentalité, du temps de la procréation possible, de la grossesse, de la gestion de la périnatalité, de l'élevage du nourrisson, du suivi de l'enfance, du soutien aux adolescents.

- En mettant en œuvre de campagnes de sensibilisation et de prévention grand public : déclinaison de plusieurs problématiques en

lien avec la protection de l'enfance (bébé secoué, intoxication accidentelle (cannabis), enfant témoin de violence intrafamiliale, etc.).

- Lors du suivi de la grossesse<sup>14</sup>, en particulier lors de l'entretien du 4<sup>e</sup> mois et des consultations de fin de grossesse qui ont lieu à l'hôpital et en lien avec la PMI : repérage des signes de fragilité et de risque
- Lors du séjour en maternité<sup>14</sup>, en cas d'inquiétudes : favoriser et valoriser les parents et la relation avec le bébé, les déculpabiliser et les informer, en lien également avec la PMI.
- Autour de la problématique particulière de la Mort Inattendue du Nourrisson.
- En cas d'hospitalisations itératives<sup>14</sup> ou comportant des incidents avec les parents.

### **5.1.7 Améliorer les compétences des professionnels**

#### ➤ Formation initiale des professionnels <sup>(15 p 14)</sup>

Formation et sensibilisation des étudiants en médecine, des étudiants infirmiers, des étudiants sage-femme et assistants sociaux, des professionnels de l'enfance aux prises en charges médico-sociales complexes et à l'évaluation des situations d'enfance en danger et de précarité.

#### ➤ Formation continue

Assurer correctement le devoir d'information de sensibilisation et de formation des professionnels de l'enfance : temps de rencontre, formations, temps d'échanges et de retour d'expérience...

### **5.1.8 Disposer d'éléments d'information en vue d'évaluation** <sup>(11, proposition 19)</sup>

Exhaustivité du codage PMSI.

Relevé d'activité annuel des cellules d'accueil spécialisées.

Mise en place de RMM spécialisées.

### **5.1.9 Promouvoir des travaux de recherche et de publications**

Plusieurs pistes de recherche sont envisageables, telles qu'elles ont pu être évoquées par les CHU :

Facteurs de prédisposition et / ou facteurs de risque

Aucun facteur pris séparément n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes ont un comportement violent envers les enfants. Comme pour les autres formes de violence, on comprend mieux la maltraitance des enfants dès lors qu'on analyse l'interaction complexe de plusieurs facteurs à différents niveaux<sup>1</sup> :

- le premier niveau du modèle – le niveau individuel – concerne les variables biologiques, comme l'âge et le sexe, ainsi que les facteurs liés aux antécédents personnels.
- le niveau relationnel examine les liens sociaux étroits – par exemple avec les membres ou amis de la famille – qui ont une incidence sur le risque d'exercer et de subir de mauvais traitements.
- les facteurs du niveau communautaire concernent les contextes dans lesquels ont lieu les relations sociales – de voisinage, en milieu de travail et à l'école, par exemple – et en quoi leurs caractéristiques particulières peuvent jouer un rôle dans la maltraitance des enfants.
- les facteurs du niveau sociétal renvoient aux conditions sous-jacentes de la société qui entraînent la maltraitance – comme les normes sociales encourageant les châtiments physiques sévères envers les enfants, les inégalités économiques et l'absence du filet de sécurité qu'est le bien-être social.

#### Facteurs de protection :

De la même manière qu'il y a des facteurs qui augmentent la prédisposition des enfants et des familles à la maltraitance, il en existe aussi qui peuvent avoir un effet protecteur (cohésion familiale, adulte ressource...). Il faudrait tenter de dégager des indicateurs concernant notamment les :

- facteurs de repérage
- facteurs de vulnérabilité
- facteurs de risque
- facteurs de protection

#### **5.2 Mettre en place une réponse organisationnelle régionale commune<sup>15</sup> :** **[élaboration d'un document de recommandations ou de bonnes pratiques]**

Ce document, dont des propositions de grandes orientations figurent en **annexe 3**, devrait comporter les points minimum suivants :

- S'accorder sur une définition commune de la maltraitance et des besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance.
- Définir le projet et les objectifs régionaux prioritaires d'accompagnement et de soins des enfants maltraités.

- Prévoir une instance pluri professionnelle (**Cellule d'accueil spécialisée<sup>15</sup>, pôle de référence hospitalier pédiatrique spécialisé<sup>11 proposition 21</sup>**, en vue d'un travail d'équipe décloisonné entre le médical et le social, au minimum par CHU ou dans certains établissements.
- Désigner un référent <sup>(15 ; 23 p 34 ; 24 ; 25 recommandation n°6)</sup> dans tout établissement chargé de coordination selon le niveau de l'établissement.

## 6 LISTE des ANNEXES

- Annexe 1 : Composition du groupe de travail
- Annexe 2 : liste des codes PMSI utilisés pour la requête de la base de données.
- Annexe 3 : projet de recommandations
- Annexe 4 : Liste des personnes et structures impliquées en protection de l'enfance
- Annexe 5 : références

## **ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail**

### **ARS AURA :**

Dr Alain COLMANT, Dr Sophie RUBIO, Michèle TARDIEU

### **CHU 69**

Dr Magali GOUGNE ; Pr Etienne JAVOUHEY ; Mme Lénaïck TANGUY,  
Directrice-adjointe, Direction des Coopérations, et de la Stratégie

### **CHU 42**

Dr Olivier MORY ; Mme PERIDON FAYARD.

### **CHU 38**

Dr Anne Pascale MICHARD-LENOIR ; M. BAIETTO, directeur

### **CHU 63**

Mme DANPSOFFER ; DR SCHEYE chirurgie pédiatrique ; Mme PETINIOT  
juriste ; Pr Etienne MERLIN ; Mme ROUGIER, directrice site Est.

### **CH de Villefranche**

Dr Philippe REBAUD ; Dr Laurence LANGEVIN ; Dr Tahar Ait Idir ; Mme  
LEONFORTE Sophie, directrice pôle.

### **CH de Montluçon**

David DE FREITAS, directeur adjoint.

**ANNEXE 2 : liste des codes PMSI** utilisés pour la requête de la base de données.

T74 Syndromes dus à de mauvais traitements

T740 Délaissement et abandon

T741 Sévices physiques

T742 Sévices sexuels

T743 Sévices psychologiques

T748 Autres syndromes dus à de mauvais traitements

T749 Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision

Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse

Z610 Difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance

Z611 Difficultés liées au départ du foyer pendant l'enfance

Z612 Difficultés liées aux changements dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance

Z613 Difficultés liées aux événements résultant de la perte de l'estime de soi pendant l'enfance

Z614 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat

Z615 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat

Z616 Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant

Z617 Difficultés liées à une expérience personnelle terrifiante

Z618 Autres difficultés liées à une enfance malheureuse

Z619 Difficulté liée à une enfance malheureuse, sans précision

## **Eléments de Recommandations pour la Prise en Charge Hospitalière des Enfants maltraités**

### **I - Définition partagée de la maltraitance de l'enfant<sup>1, 11</sup>.**

La maltraitance des mineurs est manifestée par des faits de violences (physiques, émotionnelles et sexuelles) et de négligences qui ne respectent pas les droits et les besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social).

Elle doit être repérée à l'étape du risque de danger.

### **II - Principes d'accompagnement et du juste soin des enfants maltraités au sein de l'établissement de santé**

- Le dépistage / repérage médical doit être exhaustif pour tous les enfants fréquentant un établissement de santé, compte tenu de la gravité potentielle de l'affection. Il s'appuie sur les constatations objectives de lésions ou de comportements et le recueil neutre de la parole de l'enfant.
- Le diagnostic doit être particulièrement attentif dans la recherche des informations et rigoureux dans leur appréciation en raison de la responsabilité particulière vis à vis des implications possibles de l'entourage.
- L'intérêt de l'enfant est au centre du triangle : besoins de l'enfant, environnement social, compétences de son entourage <sup>11 p 96</sup>.
- Dans toute la mesure du possible les informations dans l'intérêt de l'enfant sont à rechercher auprès des professionnels concernés, intra et extrahospitaliers.

### **III - Une organisation aussi simple que possible**

- a) **Un référent** <sup>(15 ; 23 p 34 ; 24 ; 25 recommandation n°6)</sup> **est désigné** par le directeur dans tout établissement susceptible de recevoir un enfant maltraité, repéré comme une "personne ressource" pour les autres soignants.

S'il n'est pas médecin lui-même, un médecin co-responsable est nommé.

Ce référent est chargé :

- D'être le correspondant « maltraitance de l'enfant » du réseau régional et l'animateur intra hospitalier local.
- D'identifier et de tenir à jour la liste et les coordonnées des partenaires indispensables au sein et en dehors de l'établissement et avec lesquels il assure la liaison. La liste des personnes et structures impliquées en protection de l'enfance figure en annexe à titre d'exemple.
- De tenir à jour et d'adapter éventuellement les procédures, protocoles et document – types. Un circuit court de prise en charge sera identifié dans toute la mesure du possible.
- D'informer les autres professionnels de l'établissement en vue du repérage / dépistage systématique, de les conseiller, orienter et assister lors de toute situation évocatrice de danger ou de risque de danger.
- Selon ses possibilités, d'assurer l'expertise et les suites dans le cas de situations complexes de repérage.
- De veiller au recueil des données d'activité et au bon retour d'information vers les professionnels libéraux et les partenaires institutionnels.

b) Une **Cellule d'accueil spécialisée** <sup>15, 11 proposition 21</sup>), doit être prévue ou confortée de préférence sous forme d'unité fonctionnelle **dans les établissements où l'activité le justifie**, (a priori CHU et certains établissements siège de GHT)

Sa composition est pluridisciplinaire en vue d'un travail d'équipe décloisonné entre le médical et le social. Elle associe selon les besoins un ou des médecins (pédiatre, médecin recevant des urgences pédiatriques, pédopsychiatre, praticien de médecine légale, gynécologue obstétrique, chirurgien pédiatrique), IDE, sage-femme, psychologue, assistante sociale, cadre administratif, juriste, experts extérieurs en tant que de besoin. Elle sera pourvue des instances de pilotage adaptées.

Un temps de secrétariat est indispensable.

La participation très souhaitable d'un temps de médecin légiste devrait être associée à une convention avec le ministère de la justice.

Ses missions relèvent de **l'expertise centrée sur le volet médical**, à savoir le repérage, le diagnostic, l'annonce et le projet de soins, sous forme d'analyse et de synthèse en travail type RCP (Réunions de Concertation Pluri professionnelle)

- Élaboration ou validation d'un diagnostic attentif

- Élaboration ou validation d'un projet thérapeutique pour chaque enfant <sup>14</sup>, incluant l'évaluation du danger encouru, l'annonce, la relation d'aide et de soutien à la famille.
- Consultations de « victimologie » : recueil médical rigoureux de constatations utilisables
  - Formellement dans le cadre d'une procédure judiciaire si réquisition d'expert
  - À toutes fins utiles pour le suivi médical et social, en l'absence de réquisition.
- Éventuellement coordination du parcours judiciaire des mineurs victimes

Il est souhaitable que la cellule ait un coordinateur désigné (fonction confondue avec le référent le cas échéant) et disposant de temps dédié en vue de concerter :

- Localement les travaux de l'instance
- En proximité, l'appui aux référents des établissements de la zone géographique de ressort.
- Régionalement la contribution à la rédaction de protocoles, en particulier les bonnes procédures de signalement et d'information des autorités, l'évaluation (le recueil des données d'activité et leur exploitation), les travaux de recherche.

c) Une **Unité d'Accueil Médico Judiciaire Pédiatrique au sein de l'établissement<sup>29</sup> (UAMJP)** peut être une composante annexe de la cellule d'accueil spécialisée.

Elle permet aux forces de sûreté d'y effectuer les enregistrements réglementaires<sup>30</sup>, en permettant dans une unité de lieu et dans un temps séparé mais rapproché, d'assurer les soins médicaux voire l'examen médico – légal, et l'accompagnement psychologique.

Son intérêt majeur est de fournir à l'enfant (notamment pour les plus jeunes et les plus vulnérables) un cadre unique a priori plus rassurant et adapté pour qu'il s'exprime facilement, en évitant la multiplication des lieux et des interlocuteurs facteurs de stress. En ne dissociant pas le constat du soin, les soignants peuvent disposer dans un bref délai à l'issue de l'audition des informations utiles que peuvent leur transmettre les forces de l'ordre.

Elle nécessite une convention avec l'ensemble des partenaires impliqués.

d) Dans tous les établissements un système de **recueil d'information** adapté doit être mis à disposition du référent, incluant le bon usage du PMSI pour les enfants hospitalisés.

#### **IV – Un réseau régional « maltraitance enfants »**

Est plus que souhaitable, à l'initiative des référents intéressés. Il pourrait être le point de validation des informations, et l'interlocuteur privilégié de l'ARS.

**ANNEXE 4 : Liste indicative des personnes et structures impliquées en protection de l'enfance**

**Correspondants internes, susceptibles de participer à la cellule d'accueil spécialisée hospitalière**

- Médecin(s) (pédiatre, médecin recevant des **urgences** pédiatriques, pédopsychiatre, praticien de médecine légale, gynécologue obstétrique, chirurgien pédiatrique),
- IDE et / ou cadre de santé
- sage-femme,
- psychologue,
- assistante sociale
- cadre administratif
- personne de formation juridique,
- experts extérieurs en tant que de besoin.

Un temps de secrétariat est indispensable.

**Correspondants externes**

- Conseil départemental : médecin référent protection de l'enfance.
- Représentant de la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)
- Commissariat de police en zone urbaine
- Groupement de gendarmerie départemental
- Procureur de la république
- Service de santé scolaire
- Association(s) de défense des droits de l'enfant.
- (ARS)
- (Assurance Maladie)

## **ANNEXE 5 : Médico-légal et Maltraitance : quelques repères sur les organisations existantes**

### 1- Organisations hospitalières dans un cadre médico-légal relevant de circulaires du ministère de la justice :

**Instituts médico-légaux** : placés au sein des CHU, ils ont une compétence exclusive en matière de thanatologie (autopsies)

**Unités médico-judiciaires** : structures hospitalières adossées aux instituts médico-légaux dédiées aux activités de médecine légale du vivant. Ils réalisent les examens de victimes et des gardés à vue

**Les réseaux de proximité** exercent ces activités là où il n'y a pas d'unité médico-judiciaire

(circulaires du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012 relatives à la mise en œuvre de la réforme légale)

**Lieux dédiés à l'accueil et à l'audition des mineurs** : lieux (structures) spécifiques qui permettent au sein d'un lieu unique de prendre en charge les mineurs victimes de violences sexuelles tant sur l'aspect médical que celui de l'enregistrement audiovisuel de leur audition

(Circulaire DACG du 2 mai 2005).

Ces lieux ont notamment pris la forme **d'unités d'accueil médico judiciaire pédiatrique** mises en place par l'association la Voix de l'enfant. Le plan interministériel <sup>23</sup> de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants prévoyait leur consolidation et pérennisation.

Ils sont également appelés **point d'accueil médico-judiciaires**.

### 2- Organisations hospitalières pour l'accueil et la prise en charge des enfants et autres publics victimes de maltraitance et de violences en lien avec l'expertise de la médecine légale relevant de circulaires du ministère de la santé :

**Cellules d'accueil spécialisées** : Circulaire DGS/DH 92 22 du 16 juin 1992

**Pôles de référence** : dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des mineurs victimes de maltraitance autres que sexuelles et des personnes victimes de violences sexuelles (circulaires DGS/DH du 27 mai 1997 et du 13 juillet 2000 relatives aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences)

Ces circulaires prévoient d'une part la possibilité d'un accueil et d'une prise en charge médicale en urgence des victimes de sévices sur l'ensemble du territoire et l'identification de pôles de références.

Il s'agit d'avoir une coordination plus rationnelle entre les services et ne pas conduire à la création de services nouveaux.

**Dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme** : dispositif de prise en charge de tout type de victime et de violence, intégrant l'animation des compétences sur le territoire et fonction ressource et d'expertise concernant le psychotraumatisme. (Instruction DGOS 2018/150 du 19 juin 2018).

Il s'agit de coupler la prise en charge somatique à la prise en charge psychologique dans un même lieu par des professionnels formés à la spécificité du psychotraumatisme.

A ce jour, en cours de mise en place par les hospices civils de Lyon.

**Médecin référent au sein de l'hôpital** : évoqué dans les différentes circulaires du ministère de la santé ci-dessus, son rôle est précisé dans le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.

Mesure 11 du plan<sup>23</sup> : mettre en place dans tous les hôpitaux des médecins référents sur les violences faites aux enfants dont le rôle est de :

- D'organiser des temps de sensibilisation / information au sein de l'hôpital relatifs à la prévention, au repérage, à la prise en charge des violences faites aux enfants, ainsi qu'aux procédures de signalement et de transmission des informations
- De mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement des supports d'information, de communication et de sensibilisation
- D'avoir un rôle d'expertise et d'accompagnement à disposition des équipes dans le cas de situations complexes
- D'orienter et d'assister d'autres professionnels de l'établissement lors de signalements ou de transmissions d'informations préoccupantes
- D'identifier les partenaires utiles tant au sein de l'établissement (traumatologie, psychiatrie, pédiatrie, UAMJP) que les autres acteurs locaux impliqués dans la protection des enfants victimes de violences.

### 3- Organisations issues de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant :

**Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes** : ce recueil doit être centralisé par le président du conseil départemental (article L226-3 du code de l'action sociale et des familles) dans le cadre d'un protocole avec le représentant de l'état dans le département, l'autorité judiciaire et les partenaires institutionnels. L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels. Après évaluation, les informations font si nécessaire l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

**Médecin référent "protection de l'enfance"** : son rôle est d'améliorer la coordination entre les services départementaux, la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département.

## **ANNEXE 6 : Références**

- 
- <sup>1</sup> Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Organisation Mondiale De La Sante Et International Society For Prevention Of Child Abuse And Neglect. OMS 2006.
- <sup>2</sup> OMS La maltraitance des enfants 30 septembre 2016  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
- <sup>3</sup> Code civil, art 375
- <sup>4</sup> Article L2112-2 du code de la santé publique
- <sup>5</sup> HAS. Fiche Mémo. 20174 Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir
- <sup>6</sup> 2016-07-5 Plaquette loi 14-3-16 Protection Enfant
- <sup>7</sup> Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 accueil et prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics et privés, des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement
- <sup>8</sup> Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Ruth Gilbert, Cathy Spatz Widom, Kevin Browne, David Fergusson, Elspeth Webb, Staffan Janson. Lancet 2009 ; 373(9657) : 68-81.
- <sup>9</sup> Observatoire National de la Protection de l'Enfance / Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation Statistiques. Chiffres clés en protection de l'enfance. Janvier 2018.
- <sup>10</sup> ONPE Observatoire national de la protection de l'enfance. Douzième rapport au gouvernement. Décembre 2017.
- <sup>11</sup> Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 28 février 2017
- <sup>12</sup> Anne Esteve. Les difficultés des médecins généralistes à aborder la maltraitance infantile. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Thèse soutenue à Rennes le 16 octobre 2017
- <sup>13</sup> Article R.4127-51 du code de la santé publique
- <sup>14</sup> L'enfant maltraité et l'hôpital. Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985
- <sup>15</sup> Circulaire 22 du 16 juin 1992 relative à l'enfance maltraitée.
- <sup>16</sup> Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
- <sup>17</sup> Loi 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
- <sup>18</sup> Loi no 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [...]
- <sup>19</sup> Article L112-3 CASF, créé par loi no 2007-293 du 5 mars 2007 et modifié par loi n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 1
- <sup>20</sup> Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 octobre 2010. Dr Irène Kahn-Bensaude, Dr Jean-Marie Faroudja. La Protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante
- <sup>21</sup> Article D221-25 du CSP (Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles)
- <sup>22</sup> Décret n° 2016-1285 du 29 septembre 2016 pris en application de l'article L. 226-3-1 du code de l'action sociale et des familles et relatif à la composition pluri-institutionnelle de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)
- <sup>23</sup> Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. Lancement du plan : 1er mars 2017
- <sup>24</sup> Note d'information N° DGCS/SD2B/2018/38 du 14 février 2018 relative au premier plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019
- <sup>25</sup> Rapport 2018. Défenseur des droits. De la naissance à 6 ans : au commencement des droits.
- <sup>26</sup> D Floret. L'enfant maltraité et l'hôpital. Journée nationale d'information du 3 juin 1985. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.
- <sup>27</sup> 20 ans après la loi du 17 juin 1998 : Ce que les Unités d'accueil médico-judiciaires UAMJP ont changé dans les pratiques du recueil de la parole de l'enfant victime, 8 octobre 2018. Nathalie Vabres,

---

pédiatre, Unité d'Accueil des Enfants en Danger-UAMJP, CHU Nantes, 7 quai Monconsu 44093  
Nantes cedex1. Société française de pédiatrie médico-légale

<sup>28</sup> Vabres N, Launay E, Fleury J, Lemesle M, Picherot G, Gras-Le Guen N. Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. Archives de pédiatrie. 2016 ;23 :1219-1221.

<sup>29</sup> Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes. Ministère de la Justice. Direction des affaires criminelles et des grâces. Septembre 2015

<sup>30</sup> Article 706-52 du code de procédure pénale