

Bilan à 10 ans d'une série d'enfants victimes avérées ou à risque significatif de maltraitance et impact sur la relation patient-pédiatre

Géraldine Troxler*, Marie-Claude Hofner**, Nicolas Lutz***

Résumé

Introduction

En 1999, à l'occasion d'une étude épidémiologique sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud, 30 enfants victimes avérées ou à risque significatif de maltraitance étaient identifiés par 17 pédiatres sentinelles vaudois. 10 ans plus tard, une nouvelle étude fût entreprise pour revoir les données de ces enfants, évaluer leur devenir, ainsi que le vécu des pédiatres sentinelles.

Méthode

Dans le cadre d'un travail de Master, l'étude a été faite par revue de dossier, contact téléphonique et interview des pédiatres. Les informations initiales sur les enfants, les facteurs de risques et le type de maltraitance, le contexte socio-familial et l'issue du jugement ont été actualisées. Deux grilles d'entretien semi-directif ont été élaborées pour les discussions avec les pédiatres.

Résultats

Un suivi et des informations ont été obtenus pour 19 des 30 enfants initialement déclarés. L'évolution était favorable dans 56% des situations, soit pour 9 enfants sur les 16 encore suivis. Un signalement fait par la mère, un cadre scolaire posé, une stabilité familiale et sociale étaient des facteurs de pronostic favorable. Un conflit intrafamilial, des déménagements répétés ou une instabilité sociale étaient des facteurs aggravants.

13 pédiatres ont accepté la seconde étude. Dans seulement 2 situations, la relation «pédiatre-parents» a été rompue suite au signalement. Le manque d'information en retour suite au signalement et la difficulté de collaboration avec d'autres intervenants étaient les principaux obstacles rencontrés.

Conclusions

La relation «pédiatre-parents» n'a été que rarement mise en péril suite au signalement. Les pédiatres ont joué un rôle clé dans le dépistage et la prise en charge des enfants exposés à la maltraitance. Une amélioration de la communication entre les intervenants du réseau est encore nécessaire. L'évolution favorable, dans un peu plus de la moitié des situations, justifie à elle seule les efforts entrepris par les différents intervenants.

Introduction

La maltraitance envers les enfants est un problème de santé publique du fait de la gravité de ses conséquences sur la santé physique, mentale et sociale de l'individu, de la famille et de la communauté^{(1), (2)}.

Malgré l'importance de cette problématique, en Suisse, peu de données chiffrées sont disponibles lorsque l'on parle de maltraitance/violence envers les mineurs. De manière plus spécifique, il est surtout extrêmement rare dans ce domaine d'avoir accès à des données cathamnestiques. Ces données sur le devenir d'enfants victimes de maltraitance, suite à l'intervention du pédiatre et des autres professionnels de la santé, sont essentielles afin de documenter l'impact et l'importance de telles actions. Ces éléments peuvent contribuer à sensibiliser les pédiatres à la valeur du dépistage précoce au cabinet et à soutenir l'attention,

tant des pédiatres que des responsables des formations pré-graduée et continue, à la problématique toujours actuelle de la maltraitance envers les enfants.

En 1999, une recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud, a été réalisée par l'Unité de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et de la Polyclinique médicale universitaire (PMU). Cette recherche avait permis d'évaluer le degré de mise en œuvre des recommandations du Conseil fédéral, de dénombrer les enfants mineurs maltraités ou à risque de l'être, identifiés par des professionnels de l'enfance durant 3 mois et de tester la faisabilité et l'intérêt de récolter systématiquement des données, via un réseau de pédiatres «Sentinelles». Sur 6 mois, 17 pédiatres volontaires répartis sur tout le canton de Vaud avaient participé, complétant un dossier de recherche à chaque fois qu'ils voyaient ou suspectaient une situation de maltraitance. 30 dossiers furent ainsi ouverts, complétés puis analysés par l'équipe de recherche⁽³⁾.

Cette étude faite dans le cadre d'un travail de Master en médecine humaine à la Faculté de médecine de Lausanne en 2009-2010, visait à documenter le devenir des enfants identifiés en 1999. Il s'agit de la première étude pédiatrique suisse sur le devenir à long terme d'enfants victimes avérées ou à risque significatif de maltraitance.

Matériel et méthode

En 2009, suite à la validation du protocole de recherche par la Commission d'Éthique de la Faculté de Médecine de l'École de Biologie et de Médecine de l'UNIL, une revue de la littérature a été entreprise et les 30 dossiers de 1999 furent analysés par une personne qui n'avait pas participé à la première enquête (premier auteur). Les informations suivantes concernant les enfants ont été recherchées: le contexte d'ouverture du dossier, les facteurs de risques, le contexte familial, le profil de l'auteur, le profil du mineur, le lieu et le type de maltraitance, les signes et symptômes de l'enfant et l'état de la situation à la fin de la première enquête.

Un formulaire d'information et de consentement a été envoyé à chaque pédiatre,

* Étudiante en médecine de 6^{ème} année à la Faculté de Médecine de Lausanne

** Médecin associée, MER, Unité de médecine des violences, Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, Lausanne

*** Médecin adjoint, MER, Service de chirurgie pédiatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

ainsi qu'une description détaillée de l'étude. Après un retour favorable des pédiatres concernés, les informations sur les situations ont été à nouveau recherchées et comparées avec celle de 1999.

Deux grilles d'entretiens de type de semi-directifs ont été élaborées pour évaluer d'une part le vécu et l'expérience des pédiatres sentinelles ayant décelé une situation et d'autre part pour évaluer l'impact de l'étude de 1999 sur les pédiatres sentinelles n'ayant pas déclarés de situations. A la fin de chaque discussion concernant un enfant, il a été demandé au pédiatre quelle était son impression générale quant à l'évolution de l'enfant. Chaque pédiatre s'est prononcé, selon son ressenti subjectif, afin de donner une appréciation globale de la situation après le signalement. Le devenir de l'enfant était défini comme favorable si l'appréciation de la situation par le pédiatre était bonne, l'enfant hors de danger et l'agresseur écarté. L'absence de décision juridique en faveur de l'enfant, la persistance d'une situation psycho-sociale perturbée et l'appréciation négative par le pédiatre définissait une évolution défavorable. Une situation était considérée comme terminée une fois la situation juridique réglée et la prise en charge médico-sociale adaptée (SPJ, tutelle, garde, soutien psycho-social, surveillance, retrait de garde, etc.) et que l'enfant avait atteint la limite d'âge pédiatrique ou avait déménagé. Les entretiens ont eu lieu en face à face et/ou par téléphone.

L'analyse des informations récoltées a été faite par une méthode de type qualitative et essentiellement descriptive.

Résultats

Enfants

Des informations sur 19 des 30 enfants ont été obtenues. L'évolution du suivi des maltraitances est résumée dans la figure 1. Dans 2 cas, les parents ont rompu le lien au pédiatre après le signalement. Dans les 4 situations où le pédiatre suivait toujours l'enfant, la maltraitance a été exclue une fois, la situation familiale stabilisée chez un enfant handicapé une fois, l'auteur extra-familial de la maltraitance écarté deux fois. L'évolution a été favorable pour 9 enfants (56%) après le signalement, alors que la situation s'aggrava pour 7 enfants (44%). Parmi les situations d'évolution favorable, le signalement avait été fait au pédiatre par la mère 6 fois sur 9. Les enfants particulièrement bien soutenus et entourés par leur famille ont évolué favorablement. Inversement, dans 4 situations sur 7 ayant évolué défavorablement, les conflits parentaux ont aggravé les conditions de vie des enfants et ont empêché une prise en charge harmonieuse. Lorsque le cadre scolaire était bien posé et que les enfants pouvaient suivre un cursus optimal malgré le traumatisme subi, l'évolution globale a été favorable. Selon les pédiatres, ces enfants ont manifesté moins de troubles psycho-affectifs lors de la croissance.

Dans chacune de ces situations où l'enfant n'évoluait pas de manière favorable, on a noté la présence d'une grande quantité de facteurs de risque, tels que maladie psychiatrique ou violence intrafamiliale, tentative de suicide, alcool, carence affective, adoption ou limite intellectuelle parentale. Les déménagements répétés des parents, ainsi que l'environnement familial instable ont été également un obstacle au suivi constructif de l'enfant dans 8 situations. Une décision de justice fût prise dans la moitié des situations, tant d'évolution favorable que défavorable. Aucun lien n'a été mis en évidence entre la gravité de l'acte et la résilience de l'enfant.

Pédiatres

13 des 17 pédiatres sentinelles ont participé à l'étude. Un pédiatre à la retraite et un vivant désormais en Algérie n'ont pas été recontactés. Deux pédiatres ont décliné l'offre de participation. Les caractéristiques des 13 pédiatres participant à l'étude sont résumées dans la figure 2.

Les pédiatres ont tous affirmé avoir déployé beaucoup d'énergie pour mettre différentes structures en place autour de l'enfant maltraité. L'impression générale a été que les intervenants n'étaient pas toujours réunis au sein d'un réseau pour coordonner toutes les actions entreprises. Ils se sont plaints d'un manque de retour d'informations, surtout si l'enfant était suivi parallèlement par d'autres professionnels de la

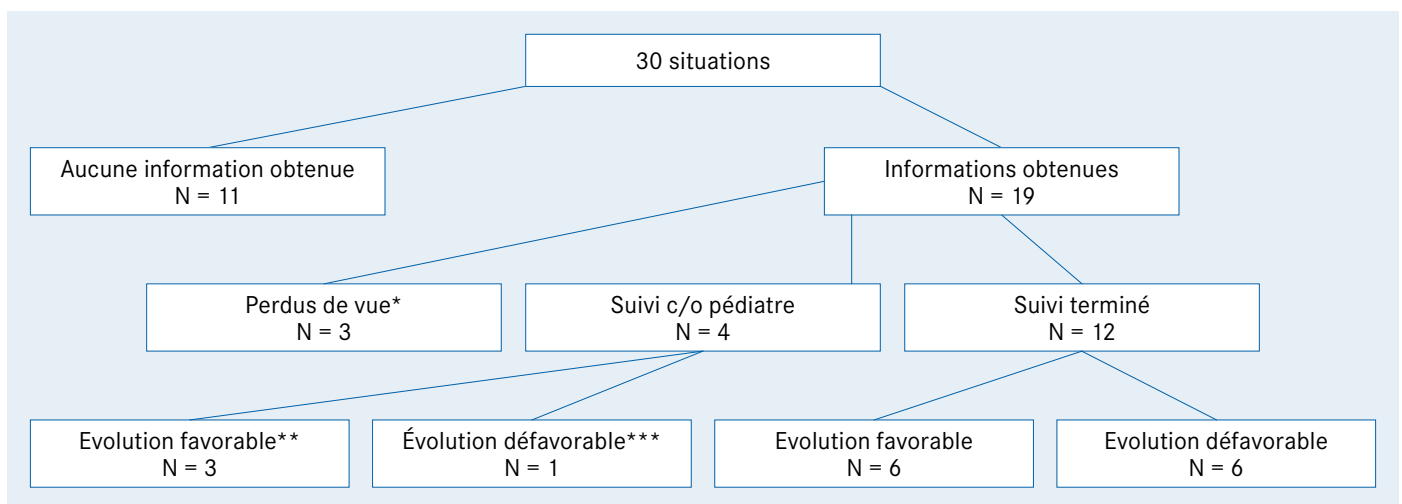


Figure 1: Suivi et évolution des 30 situations de maltraitance signalées en 1999

* 1 enfant référé à un psychiatre, pas de suivi. 2 enfants partis sur rupture du lien pédiatre-parents.

** 1 maltraitance exclue, 2 auteurs identifiés et exclus de contact avec l'enfant.

***Un enfant avec déficit neuro-développemental

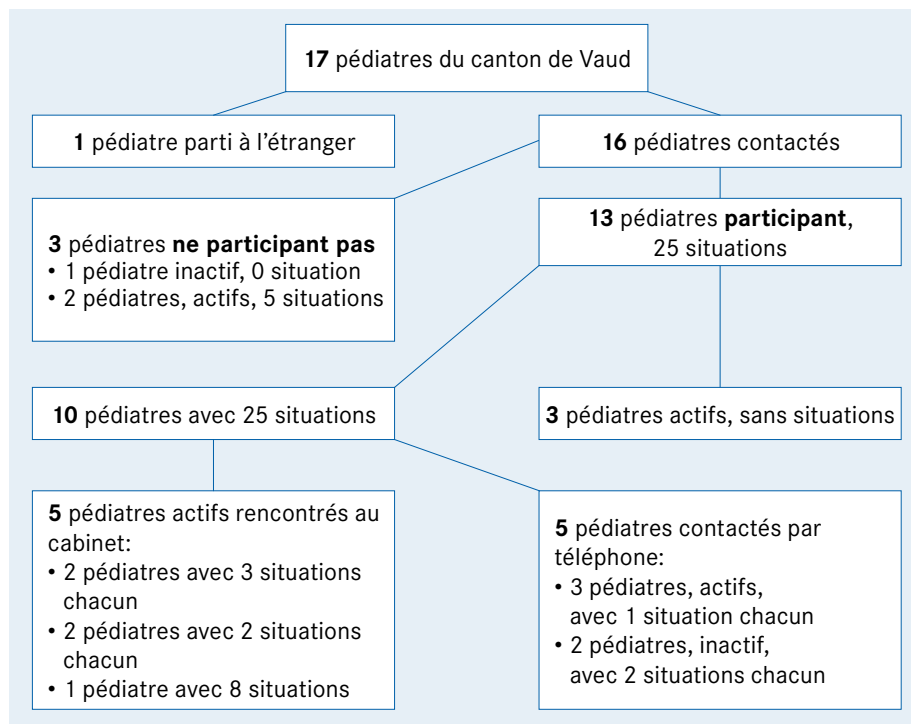


Figure 2: Distribution des pédiatres, selon leur participation à l'étude 2009, leur activité et le nombre de situations traitées.

santé. Dans un cas, la présence d'infections urinaires à répétition sur fond de reflux vésico-urétéral a rendu le diagnostic de maltraitance plus compliqué à poser. Les pédiatres ont confirmé qu'en cas de procédure de divorce en cours, le diagnostic de maltraitance a été plus compliqué à poser.

Même si en dix ans, le nombre de structures impliquées dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitance a augmenté, les pédiatres ont parfois eu le sentiment de se retrouver en marge de la prise en charge. Lors des entretiens, ils ont rappelé l'importance de leur suivi clinique, du contact régulier avec les parents lors des consultations, de la possibilité d'observer le corps dans son entier et de surveiller les courbes des croissances ainsi que tous les stigmates de maltraitance.

La majorité des pédiatres interrogés ont trouvé que la participation à cette étude les a rendus plus attentifs à la problématique de la maltraitance infantile. Le simple fait de les interroger sur ce sujet était déjà utile en soi.

Malgré le signalement toujours fait par les pédiatres, la relation «pédiatre-parents» n'a été rompue que dans deux situations. Pour les 26 enfants qui n'étaient plus suivis par

un pédiatre, les visites au cabinet étaient dans la plupart des cas interrompues en raison de l'âge de l'enfant ou d'un déménagement des parents. Les pédiatres concernés n'ont pas eu le sentiment que la relation fût rompue de manière prématurée après le signalement. La plupart d'entre eux ont confirmé avoir entretenu de bonnes relations et avoir continué à soigner leurs patients plusieurs années après le signalement avant que le suivi pédiatrique se termine.

Discussion

Comme identifié dans la première étude, la plupart des situations de maltraitance reflète un mélange entre de la maltraitance physique, sexuelle, psychologique et/ou de la négligence.¹⁾ En plus de la mise en place d'un réseau et de l'action du SPJ, une décision de justice a été rendue pour la moitié des enfants maltraités. Que l'évolution soit favorable pour 9 enfants sur 13 est heureux mais pas encore suffisant. La multitude des facteurs de risque dans certaines situations complique passablement la prise en charge de l'enfant. Ces facteurs de risque se confirment comme étant de mauvais pronostic. Tous les pédiatres interrogés ont confirmé en avoir été conscients. Une prise en charge parti-

culière de ces situations difficiles n'a toutefois pas été envisagée. Cela reste une piste à explorer.

Au cours de cette enquête, les pédiatres nous ont fait part de plusieurs recommandations et de besoins pour leur pratique quotidienne. Un bon nombre des problèmes soulevés ainsi que des réflexions amenées se retrouvent déjà dans la littérature.

Un des soucis majeur des pédiatres a été la difficulté de collaborer avec d'autres intervenants et le manque d'informations reçues en retour après un signalement. Cette notion de complexité du partenariat apparaît clairement dans plusieurs études américaines réalisées avec l'aide de pédiatres installés. De même, dans d'autres pays, les pédiatres déplorent également le manque de disponibilité et les réponses parfois inadéquates des services chargés de la protection de l'enfance⁴⁾. L'existence d'un réseau ne suffit pas, son bon fonctionnement est tout aussi important.

Les deux pédiatres ayant déclinés la demande de participation à l'étude étaient parmi les plus motivés en 1999. A la lumière des explications fournies, les auteurs ont conclu qu'un découragement, une lassitude et un manque de ressources dans leur investissement pendant plusieurs années a été à l'origine du refus.

Plusieurs auteurs de publications récentes s'interrogent sur la manière de sensibiliser les pédiatres à la problématique de la maltraitance infantile. Ils proposent toutes sortes de réflexions sur les signes d'alerte à rechercher, la manière d'effectuer une anamnèse et un examen clinique complets, la possibilité de discuter avec des experts pour évaluer des situations compliquées et la nécessité de se sensibiliser au problème grâce à des vignettes cliniques⁵⁾⁻⁷⁾. Tous ces aspects ont été mentionnés par les pédiatres participant à notre enquête, mais finalement, la plupart d'entre eux ont conclu que l'aide principale à la détection de situations de maltraitance est issue de leur propre expérience, acquise en tant que médecin installé.

Dans le cadre de cette étude, la relation «pédiatre-parents» n'a pas été mise en péril dans la majorité des cas, malgré le signale-

ment toujours fait par le pédiatre. Cette problématique fait très fréquemment partie des craintes du médecin installé⁴⁾. Notre étude devrait permettre de rassurer les médecins traitants signalant des enfants maltraités dans le cadre vaudois, quant à la sauvegarde de leur relation «médecin-patient-parents».

Conclusion

Finalement, de nombreuses références soulignent le rôle primordial du pédiatre dans le dépistage précoce des situations de maltraitance infantile.^{4), 6), 7)} Cette recherche a confirmé que les pédiatres vaudois ont dépisté de telles situations et sont parvenus à récolter des informations précieuses et capitales pour la prise en charge. Plus de la moitié des enfants dont la situation avait été signalée en 1999, ont évolués de manière favorable. Ce résultat n'est pas négligeable et montre que les efforts déployés par les intervenants ne sont pas vains. Une amélioration de la communication entre les intervenants du réseau est encore nécessaire.

Références

- 1) World Health Organization. Regional Office for E. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach: policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2007.
- 2) Pinheiro PS. World report on violence against children. Genève: United Nations; 2006.
- 3) Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D. Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud: résumé et recommandations. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive); 2001.
- 4) Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*. [doi: DOI: 10.1016/S0145-2134(00)00199-X]. 2000; 24 (11): 1461-70.
- 5) Barber MA, Sibert JR. Physical child abuse: challenges and pitfalls in the diagnosis. *Current Paediatrics*. [doi: DOI: 10.1054/cupe.2001.0228]. 2001; 11 (6): 480-5.
- 6) Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*. 2006; 11 (4): 361-9.
- 7) Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Stora E, Abney D, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008 Aug; 122 (2): 259-66.

Correspondance

Marie-Claude Hofner, MD, MER
Médecin associée Département Universitaire
de Médecine et de Santé Communautaire,
Unité de Médecine des Violences, Centre
Universitaire Romand de Médecine Légale
Rue César Roux 19
CH-1003 Lausanne
marie-claude.hofner@chuv.ch