

QUELLE PLACE EN HOSPITALISATION PÉDIATRIQUE POUR LA MALTRAITANCE INFANTILE ?

CRITÈRES ET ORIENTATIONS

PANNIZZOTTO S (1)

RÉSUMÉ : Les situations de maltraitance infantile relèvent de situations cliniques de plus en plus fréquentes en pédiatrie et, *in extenso*, au sein même des services d'hospitalisation. S'il reste évident que l'hôpital est un lieu de soins et non de vie pour un enfant, il n'en demeure pas moins que, dans un certain nombre de cas, il est nécessaire d'offrir à l'enfant un bilan pluridisciplinaire en milieu neutre et sécurisant afin d'évaluer la maltraitance, ses impacts sur l'enfant, les troubles systémiques familiaux qui la sous-tendent et l'orientation vers le milieu de vie le plus adéquat pour l'enfant. L'hôpital et des services pédiatriques spécialisés remplissent alors cette mission qui répond à des critères stricts d'admission afin que le temps d'hospitalisation garantisse une action thérapeutique efficace. Cet article a pour objet de décrire les prises en charge de situations de maltraitance infantile sous forme de bilans hospitaliers pluridisciplinaires tels qu'ils sont réalisés dans le service Cellule Maltraitance du service de Pédiatrie du CHU Liège. Nous passerons rapidement en revue les critères d'admission, les modalités de prise en charge et les intérêts cliniques qui ressortent de telles hospitalisations.

MOTS-CLÉS : *Maltraitance infantile - Hospitalisation - Bilan pluridisciplinaire*

WHAT IS THE PLACE IN PEDIATRIC HOSPITALIZATION FOR CHILD ABUSE ? CRITERIA AND GUIDANCE

SUMMARY : Child abuse situations are increasingly common clinical situations in pediatrics and, *in extenso*, in hospital wards. While it remains obvious that the hospital is a place of care and not of life for a child, the fact remains that in a number of cases, it is necessary to offer the child a multidisciplinary assessment in a neutral and secure environment in order to assess the abuse, its impact on the child, the systemic family disorders that underlie it and the orientation towards the most adequate life environment for the child. The hospital and specialized pediatric services then fulfill this mission, which meets strict admission criteria so that the hospital stay guarantees effective therapeutic action. The purpose of this article is to describe the management of situations of child abuse by using multidisciplinary hospital assessments as they are carried out in the Maltraitance Unit of the Pediatric Department of CHU Liège. We will briefly review the admission criteria, the modalities of care and the clinical interest of such hospitalizations.

KEYWORDS : *Child Abuse - Hospitalisation - Multidisciplinary Assessment*

INTRODUCTION

Les dernières années ont vu les cas cliniques de maltraitance infantile et les situations psycho-sociales graves au sens large augmenter de façon drastique en pédiatrie. Si la population pédiatrique est, par essence, très exposée aux violences et à la précarité, la question de sa prise en charge en pareil cas est complexe et soulève de nombreuses questions en termes de lieu d'accueil thérapeutique et des objectifs à remplir. Les services de pédiatrie sont en première ligne lorsqu'en urgence, des dispositions de mise en sécurité et de placement sont appliquées envers les mineurs. Au-delà de cette admission souvent lourde pour le personnel (enfant seul, traumatisme physique et psychologique important de l'enfant engendrant un impact sur l'organisation des soins...), il est nécessaire de proposer à l'enfant des soins et des objectifs thérapeutiques sur le court et le

long termes. En urgence, les services hospitaliers et les services d'aide à la jeunesse doivent se coordonner afin d'orienter le mineur vers un lieu de vie adapté (1). L'objectif est alors d'éviter une hospitalisation de durée inadaptée, voire trop longue et, dès lors, délétère. Toutefois, il existe des situations où le séjour en milieu hospitalier doit être prolongé après l'admission en urgence, ou même programmé, afin que puisse être réalisé un bilan pluridisciplinaire par une équipe hospitalière spécialisée qui évaluera la maltraitance dont l'enfant fait l'objet, les compétences parentales et la dynamique familiale en place. Nous détaillerons, dans cet article, ce type de prise en charge, avec ses critères et ses intérêts thérapeutiques, tel qu'il est proposé dans le service Cellule Maltraitance du service de Pédiatrie du CHU de Liège.

DÉFINITIONS ET PRÉVALENCE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance de l'enfant «*comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale*

(1) Service de Pédiatrie, Secteur Pédiatrie sociale-Cellule Maltraitance, CHU Liège (site CHR Citadelle, Belgique).

ou autre entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir» (2). Les dommages subis par l'enfant ne doivent pas obligatoirement être intentionnels (3).

Cette définition recouvre (4) :

- les maltraitements physiques (qui conduisent à une nécessité de soins somatiques pouvant aller jusqu'à la prise en charge en Unité de soins intensifs);
- les sévices sexuels (le viol, les attouchements, mais aussi l'effraction psychique via le visionnage imposé d'images ou vidéos pornographiques au mineur);
- les maltraitements psychologiques (humiliations, privations de besoins émotionnels, emprise de l'enfant dans un conflit parental d'adultes, enfant témoin de violences conjugales, exigences disproportionnées...);
- les négligences graves (privation de nourriture, de soins, des besoins émotionnels avec conséquences graves sur le développement staturo-pondéral et la santé de l'enfant).

En Belgique, comme dans d'autres pays voisins, la prévalence de la maltraitance infantile reste inconnue et très sous-estimée (5). Selon l'OMS, on relève en Europe (6) :

- 13,4 % pour les filles, et 5,7 % pour les garçons de maltraitance sexuelle;
- 22,9 % tant chez les filles que les garçons de maltraitance physique;
- 29,1 % de maltraitance psychologique.

L'INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALTRAITÉ EN MILIEU HOSPITALIER PÉDIATRIQUE

La question de savoir si les enfants victimes de maltraitance ont une place légitime dans les services hospitaliers est régulièrement soulevée. Si les soins urgents à donner (souvent en cas de maltraitance physique) se justifient bien évidemment par leur caractère somatique, une fois l'enfant «guéri» - du moins en apparence - l'orientation vers un autre lieu de vie peut se révéler difficile. C'est le cas suite au manque de places disponibles en institution, au sens large, permettant de protéger l'enfant ou en raison du manque de garanties concernant sa sécurité au domicile. Nous ne traiterons pas ici de la problématique des enfants dits «parqués à l'hôpital», toutefois il est important de souligner que la connaissance du réseau de l'Aide à la Jeunesse par les services pédiatriques et leur

collaboration sont la pierre angulaire de séjours hospitaliers les plus brefs possibles et que cette articulation doit être encouragée au sein de toute institution hospitalière (7). La décision lourde de conséquences d'autoriser un retour en famille ou, au contraire, celle de se résoudre à proposer un placement, ne peut se prendre qu'après une évaluation du contexte et des risques la plus rigoureuse possible. Dans un grand nombre de cas ce type d'évaluation peut - doit - se faire en ambulatoire afin de permettre à l'enfant une continuité dans sa vie familiale et scolaire et lui permettre de se développer au sein d'un milieu le plus physiologique possible. Ce type de bilan pluridisciplinaire ambulatoire est réalisé par des équipes comme SOS Enfant (dont certaines réalisent également des évaluations en milieu hospitalier) (8). Pour autant, il existe des situations cliniques relevant de la maltraitance infantile qui nécessitent une évaluation médico-psycho-sociale et pour laquelle le milieu hospitalier est essentiel. Parce que l'hôpital n'est pas un lieu de vie pour un enfant, ce type de prise en charge doit répondre à des critères stricts, d'ailleurs définis par le code de l'Aide à la Jeunesse (9) afin que l'hospitalisation soit un temps bénéfique à l'enfant, tant sur le plan psychique que médical.

BILANS PLURIDISCIPLINAIRES HOSPITALIERS EN CAS DE MALTRAITANCE INFANTILE

L'unité pédiatrique Cellule Maltraitance du Service de Pédiatrie du CHU de Liège (site CHR Citadelle) est composée de pédiatres, pédopsychiatre, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychomotricien et neuropsychologue, tous formés à la maltraitance infantile de manière spécifique. L'unité est composée de 8 lits hospitaliers et accueille des mineurs de 0 à 16 ans.

L'intérêt de travailler auprès d'enfants victimes de violences intra-familiales dans un environnement pédiatrique plutôt que pédopsychiatrique est multiple. Avant tout, les soins somatiques à apporter au patient se coordonneront plus aisément en cas de lésions physiques. Ensuite, le message délivré au patient et ses parents est que l'enfant est rendu malade par l'action d'un tiers et non du fait d'une pathologie psychiatrique ou un trouble du comportement qui lui est propre. Symboliquement, cela décharge l'enfant d'une responsabilité qui n'est pas sienne, à savoir les dysfonctions familiales qui ont engendré la maltraitance. Concernant l'intégration de nos patients au sein des autres enfants hospi-

talisés, le fait que la prise en charge soit spécifique par rapport au reste du service et, dans le même temps, puisse aussi inclure des activités communes permet une certaine homogénéité des approches, mais aussi une préservation de l'intimité de chaque patient

Les bilans pluridisciplinaires sont réalisés selon les modalités suivantes.

- Bilans sous mandat de l'Aide à la Jeunesse (SAJ/SPJ) afin de garantir un cadre sécurisant au sein du Service de Pédiatrie tant pour l'enfant et les autres patients relevant d'autres pathologies, que pour l'équipe soignante au sens large. La durée moyenne est de 4 semaines, durée recommandée (7) afin d'obtenir une vision globale et fiable de la situation familiale et individuelle de l'enfant.

- Les critères d'admission sont basés sur :
 - l'échec d'un bilan ambulatoire préalable;
 - le danger physique et/ou psychologique auquel l'enfant est exposé au domicile, empêchant, dès lors, tout travail ambulatoire possible;
 - la nécessité pour l'enfant d'être pris en charge de manière pluridisciplinaire dans un milieu neutre afin de libérer et respecter sa parole sans aucune contamination ou influence possible;
 - la nécessité d'une prise en charge intensive tant sur le plan individuel que de la dynamique familiale pour laquelle les diverses spécialités hospitalières sont requises;
 - la nécessité d'un cadre strict permettant une collaboration parentale effective;
 - l'absence de structure d'accueil disponible immédiatement à partir de laquelle la prise en charge pourrait s'effectuer.

Une fois ces conditions remplies, un bilan peut être initié selon trois trajets de soins différents identifiés comme suit :

- la demande de bilan hospitalier par le SAJ ou le SPJ;
- l'arrivée de l'enfant via les urgences;
- le dépistage d'une situation de maltraitance ou à risque de l'être sur l'un des sites du Service de Pédiatrie du CHU de Liège.

La demande - toujours portée initialement par les services de l'Aide à la Jeunesse - est évaluée lors d'un entretien d'analyse de cas auquel participent un psychologue et un assistant social de l'équipe (peuvent s'y adjoindre un pédiatre ou pédopsychiatre si nécessaire), les deux parents et le délégué de l'Aide à Jeunesse. S'il est âgé de plus de 12 ans et s'il est estimé que sa présence peut lui être bénéfique, le mineur peut, lui aussi, être présent. Les modalités de travail sont exposées en toute transparence aux parents ainsi que les coordinations avec les divers inter-

venants extérieurs travaillant déjà à la situation. Un intérêt supplémentaire à cet entretien est celui de fixer les dates de remise de conclusion et de sortie de l'enfant afin de garantir un temps d'hospitalisation limité à son intérêt du point de vue thérapeutique.

L'accueil de l'enfant se fait, dans la mesure du possible, en présence des deux parents, du psychologue et de l'éducateur référent.

Sur le plan thérapeutique, le travail pluridisciplinaire sera axé sur les points suivants.

- Un bilan médical adapté à chaque patient et pouvant mobiliser toutes les spécialités : recherche de carences nutritionnelles, prise en charge orthopédique en cas de fractures, collaboration étroite avec l'unité de soins intensifs pédiatriques, la neurologie pédiatrique et la neurochirurgie en cas de traumatisme crânien sévère, etc.
- Un cadre de travail et un environnement permettant d'offrir un milieu neutre et sécurisant pour l'enfant, qui, le temps de son hospitalisation, pourra se déposer en toute sérénité et amorcer un travail thérapeutique vers la voie de la résilience. Ce milieu neutre est le garant de la préservation de la parole de l'enfant, dévoilée sans influence ni crainte.
- Un ou plusieurs entretiens pédopsychiatriques.
 - Les entretiens psychologiques individuels permettant d'évaluer la santé psychique de l'enfant, les conséquences des maltraitances subies, les effets sur son comportement, recueillir ses dires et allégations à travers diverses grilles de lecture et outils.
 - Des temps de rencontre avec les parents de manière encadrée et médiatisée par les éducateurs qui ont reçu une formation spécifique à cette intervention. Le but est d'observer la dynamique en place au sein de la relation parents-enfants, de tenter parfois de renouer un lien, d'observer les enjeux éducationnels au sein de la famille (10). Ces visites médiatisées se réalisent à raison de 2 x 1 heure par semaine, mais ce cadre formel peut être modifié en fonction de l'âge de l'enfant ou de l'évolution du bilan.
 - Les compétences parentales étant la résultante d'une histoire de vie, d'une transmission transgénérationnelle de valeurs éducatives et de traumatismes passés plus ou moins élaborés, les parents sont amenés également à participer à des entretiens familiaux avec le psychologue et l'assistant social afin de réfléchir sur la dynamique et les mécanismes qui ont conduit à la maltraitance. Ces entretiens auront également pour but d'évaluer les capacités de remise en question et de protection du couple parental.

- Les enfants entre 0 et 6 ans pourront bénéficier d'une prise en charge en psychomotricité, à la fois individuelle et relationnelle, au cours de séances auxquelles les parents pourront être associés.

- De même, au vu des impacts cognitifs potentiels de la maltraitance, les enfants en âge de scolarité primaire bénéficieront d'un bilan neuropsychologique qui veillera à mettre en relation les compétences et difficultés mises en évidence avec le fonctionnement psychique du patient, ses mécanismes de défense et les traumatismes auxquels il a été exposé (11).

- Les journées sont également rythmées par les activités de groupe (groupes de paroles, ateliers...) et menées par les éducateurs, psychologues et psychomotricien.

Ces différentes interventions sont croisées et mises en lien lors de réunions d'équipe et, si nécessaire, une triangulation entre l'enfant, ses parents et les intervenants sera proposée. Au terme du bilan, une concertation pluridisciplinaire amènera les conclusions quant au lieu de vie le plus adéquat et la poursuite de la prise en charge à mettre en oeuvre après l'hospitalisation. Si la réintégration du milieu familial nucléaire ou élargi reste la proposition à privilégier, il n'en reste pas moins que, dans certaines situations de maltraitements graves et de capacités réflexives parentales pauvres en termes de protection et de remise en question, un placement temporaire ou à long terme doit être proposé. Dans ce cas, les modalités sont également concertées en fonction des besoins de l'enfant. Dans notre expérience, environ un tiers des situations cliniques traitées en bilan pluridisciplinaire aboutissent à un éloignement familial.

Ces propositions et orientations sont exposées en transparence aux parents avant une remise de conclusion devant le Conseiller ou Directeur de l'Aide à la Jeunesse qui statuera sur les décisions finales et leurs modalités d'application.

Environ 50 à 60 bilans sont réalisés par an au sein du service Cellule Maltraitance. En moyenne, nous observons :

- 53 % de maltraitance physique;
- 14 % d'abus sexuels;
- 11,5 % de négligences graves;
- 21,5 % de maltraitance psychologique, de conflits parentaux et d'aliénation parentale sur l'enfant.

Toutefois, il est intéressant de remarquer que les demandes de bilan pour maltraitance infantile formulées à la Cellule Maltraitance ainsi que les situations de maltraitance détectées au

sein du service de pédiatrie ont considérablement augmenté depuis le confinement sanitaire de 2020. Nous constatons une augmentation nette des bilans pour abus sexuels de l'ordre de 43 % (62,5 % chez les filles) depuis la pandémie COVID-19. Ce constat sera développé de façon plus approfondie dans un prochain article (12).

CONCLUSION

La complexité de la maltraitance infantile en fait une pathologie pédiatrique à part entière et requiert une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire.

Si la voie ambulatoire garante de la cohérence du milieu de vie de l'enfant doit être la première envisagée en termes d'explorations, l'hôpital a toute sa place dans des contextes précis. C'est le cas, notamment, où l'évaluation doit s'effectuer en toute sécurité physique et psychique pour l'enfant. Il incombe alors à des équipes pluridisciplinaires spécialisées en maltraitance et en systémique familiale d'accueillir le jeune patient et de prendre en charge son évaluation et celle de sa famille en garantissant la préservation du lien d'attachement de manière sécurisée. L'intérêt supérieur de l'enfant impose, dès lors, un temps d'hospitalisation riche et bénéfique pour ce dernier, fait de travail thérapeutique et de propositions de soins au sens large.

Pour autant qu'elle réponde à des indications et critères précis, l'hospitalisation d'enfants maltraités pour bilan multidisciplinaire est un outil majeur pour leur avenir somatique, psychique et social.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lowette C. L'accueil et l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale : enjeux et difficultés. Faculté de santé publique 2020, Université catholique de Louvain. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:23768>. Dernière consultation le 2/2/2021.
2. Tursz A. *Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France*. Paris:Seuil;2010:420.
3. Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, et al. Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements. En ligne : https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf. Dernière consultation le 2/2/2021.
4. HAS 2017 Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. en ligne https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir. Dernière consultation le 2/2/2021.
5. Tursz A. *La maltraitance envers les enfants*. Questions de santé publique. Institut de Recherche en Santé Publique n° 14;2011.

6. Sethi D, Bellis M, Hughes K et al. European report on preventing child maltreatment. 2013 Copenhagen: WHO. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf. Dernière consultation le 2/2/2021.
7. Vinck I, Christiaens W, Jonckheer P, et al. Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? 2016 Rapport KCE. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_269Bs_Maltraitance_infantile_en_Belgique.pdf. Dernière consultation le 2/2/2021.
8. SOS-ENFANTS. Le dispositif de prévention et de prise en charge de la maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles;2015.
9. Ministère de la Fédération Wallonie Bruxelles. Décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.
10. Boudarse K, Dodelin M. De la visite médiatisée Étude clinique. *Dialogue* 2011;**193**:139-52.
11. Turgeon M. Relation entre la négligence et la capacité de mémorisation et d'apprentissage verbal. [Mémoire] 2012. Université du Québec à Trois-Rivières
12. Pannizzotto S, Depuis Z, Frère J, Seghaye MC. Impact de la pandémie COVID-19 sur les maltraitances intrafamiliales dans la population pédiatrique : expérience de la Cellule Maltraitance du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Liège. *Rev Med Liege* 2021, soumis pour publication.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Pannizzotto S, Pédiatrie, CHU, Liège, Belgique.
Email : spannizzotto@chuliege.be