

K.I LES SITUATIONS DE MALTRAITANCE

I. QUELQUES DEFINITIONS :

MALTRAITANCE

Actes et manquements qui troublent gravement l'enfant, attentent à son intégrité corporelle, à son développement physique, affectif, intellectuel et moral, ces manifestations étant dues à des négligences et/ou à des lésions d'ordre physique et/ou psychique et/ou sexuel. (Définition du Conseil de l'Europe 1978).

1. La maltraitance physique, les mauvais traitements ou violences physiques

Blessures ou violences infligées de manière non accidentelle, par une personne détentrice d'une autorité à l'égard de l'enfant. Elles peuvent aller du simple érythème cutané à des lésions internes pouvant entraîner des séquelles graves.

2. La négligence, les carences physiques ou psychologiques

Non-satisfaction des besoins fondamentaux des enfants (nourriture, sécurité, affection, hygiène, éducation, etc...) de manière délibérée ou involontaire, par les parents ou les répondants légaux

3. La maltraitance psychique, les mauvais traitements psychologiques, la cruauté mentale

Exposition d'un enfant à une violence verbale répétée et incessante où il devient un enjeu émotionnel entre ses parents avec mise en danger d'un point de vue psychologique.

Il peut s'agir d'humiliation verbale ou non-verbale, de menaces, de dévalorisation et/ou marginalisation systématique, d'exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant, d'injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

4. L'abus sexuel, les attouchements sexuels

Implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens, ou qui violent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux. Les formes d'abus sexuels comprennent l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la réalisation de vidéos ou photos pornographiques impliquant des mineurs, l'induction à la prostitution, des attouchements à connotation sexuelle, ainsi que des relations sexuelles complètes (pédophilie, inceste, viol).

L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'une personne adulte ou sensiblement plus âgée que lui, à des fins de satisfaction sexuelle de celle-ci (OMS).

5. Syndrome de Münchhausen par procuration

Enfant victime d'une maladie inventée ou fabriquée de toutes pièces par les parents générant un nombre important d'hospitalisations inutiles et de gestes invasifs.

II. GPE = GROUPE DE PROTECTION DE L'ENFANT

Equipe pluridisciplinaire de l'Hôpital des Enfants s'occupant des situations avérées ou suspectes de maltraitance.

Chaque situation est prise en charge par deux membres du GPE. Toutes les situations sont discutées lors des séances bimensuelles du GPE (cf programme de la semaine du DEA).

Membres :

Pédiatres et chirurgiens pédiatres
Assistants sociaux
Pédopsychiatres
Gynécologues
Infirmières

Objectifs :

- ◆ Protéger et aider l'enfant
- ◆ Evaluer la situation
- ◆ Préparer le suivi

Questions à se poser :

- ◆ L'enfant est-il en sécurité où il vit ? Faut-il l'hospitaliser ?
- ◆ Est-il possible de créer un lien avec les personnes responsables de l'enfant ?
- ◆ Faut-il signaler la situation au Tribunal tutélaire ou demander une clause péril à la direction du Service de protection des mineurs ?
- ◆ Quel est notre rôle dans cette situation? Y a-t-il d'autres intervenants qui peuvent nous aider?

Erreurs à éviter :

- ◆ Eviter les questions suggestives
- ◆ Ne pas se substituer au juge ou à la police, rester dans son rôle de soignant
- ◆ Essayer de ne pas juger, relever clairement les faits et signaler notre objectif principal: «proposer une aide afin d'éviter que cela se répète».

III. MARCHE A SUIVRE : Evaluation d'une situation de maltraitance

1. Recueil des informations auprès des demandeurs de la consultation
2. Recueil du témoignage spontané de l'enfant (éviter les questions suggestives et faire appel au pédopsychiatre si nécessaire)
3. Noter en détail les informations et témoignages reçus (avec les mots de l'enfant entre «»))
4. Effectuer un examen somatique complet:
en présence du médecin légiste pour les examens cliniques qui peuvent avoir une implication importante dans la procédure juridique ou si possibilité de retrouver de l'ADN, et pour tous les examens gynécologiques
5. Décrire en détail dans le dossier toutes les lésions constatées
6. Effectuer des photographies si lésions visibles

Appareil-photo disponible au SAUP : commencer par photographier une étiquette avec le nom de l'enfant, puis faire les photos de l'enfant, et finir par une étiquette

7. Examen gynécologique en cas d'abus sexuel ou de forte suspicion :

- si abus datant de < 72 h ou demande d'examen par des instances judiciaires: effectuer un examen gynécologique le plus rapidement possible (soit au moment de la consultation au SAUP, soit dans les heures qui suivent)
- si abus datant de >72 h à <1 semaine : discuter avec gynécologues et GPE de l'indication à effectuer l'examen gynécologique en urgence ou pas
- si abus datant de >1 semaine : prévoir un examen gynécologique dans les jours qui suivent.

Organisation des examens gynécologiques :

- Pour les filles pré-pubères : examen à effectuer à l'Hôpital des Enfants par un gynécologue spécialiste (Dre M. Yaron, Dre A. Lourenco, ou Dre M. Amaudruz) ou par le CDC de garde de la Maternité ; cet examen peut avoir lieu au SAUP en cas d'urgence, ou à la consultation de gynécologie pédiatrique, ou au bloc opératoire sous AG
- Pour les filles pubères : l'examen sera effectué à la Maternité, en urgence par un gynécologue spécialiste (Dre M. Yaron, Dre A. Lourenco) ou le CDC de garde de la maternité, ou programmé à la consultation de gynécologie pour adolescents

8. Examens complémentaires si indiqués : crase, FSC, radiographies, etc...

En cas d'abus sexuel utiliser le Kit spécial, qui se trouve au SAUP, en présence du médecin-légiste. Prélèvements à acheminer directement vers l'institut de médecine légale

9. Rédiger un constat médical descriptif selon modèle sur DPI, à remettre directement aux parents ou au détenteur de l'autorité parentale.

Transmettre constat, rapport médical ou informations à une tierce personne uniquement si on est en possession d'une levée du secret médical signée par une personne détentrice de l'autorité parentale sur l'enfant, et/ou par l'adolescent s'il est capable de discernement.

10. Informer le GPE de toutes les situations de maltraitance et d'abus sexuel ayant consulté au SAUP

En cas d'absence des membres du GPE, c'est la responsabilité du chef de clinique de garde de décider de la prise en charge (hospitalisation, prise en charge ambulatoire).

Prendre les coordonnées exactes des parents, afin qu'un des membres du GPE puisse les contacter au plus vite, et les avertir qu'ils seront contactés par le GPE.

IV. QUELQUES SIGNES D'APPELS**1. LESIONS EXTERNES**

- Hématomes multiples à des endroits peu exposés aux traumatismes accidentels
- Brûlures et lésions d'immersion
- Lésions de lacération
- Lésions dont la forme ou la localisation sont incompatibles avec une origine accidentelle
- Morsures

a) Descriptions des lésions :

Petit lexique de mots pouvant être utilisés :

ecchymoses et hématomes (aspect en boucle, reproduction de forme d'objets,...), abrasions, lacérations, lésions d'immersion, scarifications, marques circonférentielles, aux poignets ou aux chevilles, marques de strangulation, lésions de brûlures (à l'emporte pièce, circonscrite,...), pétéchies, plaies (contuses ou linéaires, à bords nets ou irréguliers,...) marques de morsure, lésions compatibles avec,...

b) Localisation des hématomes

- Plutôt accidentels : visage (nez, orbite), coude, mains, face antérieure des jambes.
- Plutôt dus à des sévices : fesses, régions génitales, joues, cuisses, thorax, cou, dos.

c) Datation approximative des hématomes :

- 0-2 jours : œdème.
- 0-5 jours : bleu, rouge, violet.
- 5-10 jours : jaune, vert.
- 10-15 jours : marron.
- 2-4 semaines : disparition.

2. FRACTURES SUSPECTES**a) Aspects radiologiques**

- Lésions osseuses métaphyso-épiphysaires: décollement épiphysaire, arrachement métaphysaire, décollement du périoste.
- Lésions osseuses avec discordance entre le mécanisme allégué et le type de fracture.
- Fractures multiples et/ou d'âge différent, cals vicieux.
- Fractures du crâne complexes, franchissant les sutures ou la ligne médiane, ou en étoile

b) Datation des fractures

- 0-10 jours : seul le trait de fracture est visible, pas de signe de consolidation, épaissement des parties molles traduisant un œdème localisé ou une ecchymose en regard du trait de fracture, signes d'épanchement articulaire.
- 10 jours-10 sem.: un cal commence à être visible dès le 10^{ème} jour, cal épais et solide dès la 6^{ème} semaine.
- > 10 semaines : amincissement du cal, cal vicieux définitivement fixé.

3. LESIONS INTERNES

- Traumatismes cranio-cérébraux.
- Traumatismes thoraciques et abdominaux avec lésions viscérales ou vasculaires.

4. LESIONS NEUROCHIRURGICALES SUSPECTES

- Forces de rotation: hématome sous-dural, lésions de cisaillement parenchymateuses, œdème diffus.
- Forces de translation: hémorragies, contusions cérébrales, infarctus cérébral, œdème diffus.

- Cave : des lésions cérébrales et rétiniennes peuvent se voir dans le syndrome du bébé secoué.

5. ELEMENTS FORTEMENT EVOCATEURS D'ABUS

- Présence de sperme ou liquide séminal ou phosphatase prostatique
- Lésions ano-génitales fraîches (en l'absence d'explication)
- Prélèvements positifs pour syphilis ou gonorrhée
- Infection à HIV (non-périnatale, ni acquise par voie intraveineuse)
- Déchirures ou résidus de l'hymen, transsections cicatrisées (en l'absence d'explication plausible)

6. SIGNES D'APPEL ANAMNESTIQUES

a) *chez l'enfant*

- retard staturo-pondéral, retard du développement (langage, motricité)
- vomissements répétés, anorexie, opposition alimentaire
- troubles du sommeil
- aspect négligé (hygiène, nutrition)
- irritabilité, hyperactivité, « inconsolabilité »
- apathie, léthargie, attitude de retrait, absence de sourire, « ne veut pas jouer »
- excès d'attention (visuelle), anxiété (pleurs ou désintérêt à l'approche)
- absence de comportement affectueux
- manque de distance, passivité ou brusques changements de comportement
- stéréotypies, immobilité

b) *dans l'entourage de l'enfant*

- parents incapables de dire ce qui ne va pas
- histoires non plausibles
- problèmes de séparation, divorce en cours
- manque de contact visuel ou tactile entre parents et enfant
- retard de consultation

V. AUTRES SERVICES POUVANT ETRE IMPLIQUES ET TELEPHONES UTILES

Service de protection des mineurs (SPMi)

- jours ouvrables de 8h à 12h30 et 13h30 à 17h

022 546 10 00

- en-dehors des heures ouvrables, si urgence passer par la police et demander la personne de garde pour le SPMi

117

Gynécologue Dre M. Yaron

7924 020

Gynécologue Dre A. Lourenco

7959 462

Gynécologue CDC de garde

7958 366

Gynécologue-consultante Dre M. Amaudruz

022 879 50 14

079 549 39 44

Brigade des mœurs (abus sexuel par auteur majeur)

022 427 85 71

Brigade des mineurs (abus sexuel par auteur mineur)

022 427 86 01

Brigade de criminalité générale (violence physique)

022 427 86 81

Service de santé de la jeunesse (SSJ)	022 327 61 50
Centre LAVI	022 320 01 02
Service de la Guidance infantile (pour enfants d'âge préscolaire)	022 382 89 89
Service médico-pédagogique (pour enfants d'âge scolaire)	022 327 43 91
Service médico-pédagogique (pour adolescents)	022 327 43 15
Médecin-légiste	079 289 65 36

Consultation interdisciplinaire de médecine et prévention de la violence (CIMPV) 022 372 96 41

N.B. Collaboration avec d'autres services seulement si levée du secret médical

VI. MESURES DE PROTECTION

1. Hospitalisation avec l'accord des parents

2. Clause péril si danger imminent

Mesure d'urgence qui peut être saisie lorsque l'intégrité physique ou morale de l'enfant est gravement menacée (dans les cas par exemple de maltraitance ou d'abus sexuel).

Mesure à demander à la direction du Service de Protection des Mineurs.

« Le directeur du service ou son suppléant ordonne, en cas de péril, le déplacement immédiat du mineur ou s'oppose à son enlèvement. Il peut ordonner le retrait de la garde et la suspension d'un droit à des relations personnelles. Il demande alors au plus tôt au Tribunal tutélaire la ratification des dispositions prises. Le service de protection de la jeunesse reste compétent pour toute autre mesure à prendre en ce domaine jusqu'à la décision du Tribunal tutélaire » (Loi GE sur l'office de la jeunesse, art. 12, al.3).

Cette mesure autorise un placement d'urgence, p.ex. à l'hôpital, sans l'accord du représentant légal

Une fois qu'il y a clause-péril, pas de sortie de l'hôpital sans l'accord du Service de Protection des Mineurs

3. Droit d'aviser, art. 364 CPS = Signalement au Tribunal tutélaire

Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction (Art 320 et 321 CPS) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci.

Tout signalement effectué par un médecin du DEA doit être discuté avec le GPE