



Outils et techniques de communication : exemple de la maltraitance infantile

Dr S. Pannizzotto

Service universitaire de Pédiatrie

Cellule Maltraitance Citadelle - CHU Liège

La Cellule Maltraitance : une équipe pluridisciplinaire

Missions :

1. **Dépistage** de toute situation de maltraitance infantile et soutien aux équipes tant en interne qu'en externe. Aide au diagnostic, à la décision, à la rédaction de signalement...
= Sans porter les inquiétudes à la place des intervenants ! *Réflexion clinique, proposition de démarches, conseils sur comment aborder les choses avec la famille et l'enfant, orientation sur un éventuel signalement, doit-il être double SAJ/Parquet?, comment le rédiger etc.*
2. Réalisation de **bilans** hospitaliers médico-psycho-sociaux sous mandats SAJ/SPJ d'une durée de 4 semaines.

Pédiatre
coordinateur
Pédopsychiatre

Psychologues
Assistants
sociaux

Educateurs
spécialisés

Psychomotricienne
Neuropsychologue

Mise en situation – cas clinique

Kevin est un petit garçon de 10 mois pour lequel vous êtes appelé durant une garde pour un amaigrissement et une diarrhée persistant depuis 15 jours.

La mère, 22 ans n'a pas de profession, le père est atteint d'un état dépressif à la suite d'un licenciement et les parents confient parfois l'enfant à la grand-mère car ils sont « fatigués de l'entendre pleurer tout le temps. » A l'anamnèse on apprend que cet enfant a été hospitalisé à la fin du premier mois de vie pour traitement d'une fracture du bras survenue à la suite d'une chute de la table à langer. Par ailleurs, l'enfant présenterait des vomissements fréquents.

Vous vous trouvez devant un enfant hypotrophique et pâle. Malgré cela, il est doux et s'attache rapidement à votre personne. Il ne présente pas de signes de déshydratation mais son retard staturo-pondéral est important. Il est également hypotonique et ne marche pas. Enfin, on est frappé par une alopécie en clairière, et 3 ulcérations sur le palais et au fond de la gorge. La mère explique que l'enfant est tombé la veille sur le ventre, une cuillère à la bouche et que cela l'a fait saigner.

Vous instaurez un régime constipant et demandez aux parents de présenter l'enfant le lendemain matin chez un collègue radiologue pour réalisation d'une radiographie du squelette car vous craignez un rachitisme. En fin de matinée, celui-ci vous recontacte car il a eu la surprise de découvrir sur les clichés, outre la fracture ancienne de l'humérus, une autre fracture plus récente des deux os de l'autre avant-bras avec des cals volumineux et une réaction périostée.

Signes d'alarme ?



- Fracture du bras à 2 mois de vie sur “chute table à langer”
- Ulcération buccale avec mécanisme lésionnel incompatible
- Hypotrophie, retard de développement
- Contexte psycho-social
- Fractures multiples

Que faire ?

Atelier

A vous de jouer

Que faire ?

Ne pas rester seul

Réflexion en équipe

Avis auprès d'une équipe spécialisée

Nommer *Annoncer le diagnostic*

Agir *Soins somatiques / Signalement*

→ Protéger

Que faire ? Annoncer

A qui?

Comment?

Pourquoi?

Que faire ? Annoncer

- A qui? Aux parents / tuteurs légaux
- Comment? Avec transparence
- Pourquoi? Pour garantir la protection de l'enfant

P.R.O.T.E.C.T

Grille d'annonce de diagnostic possible de mineurs en danger

C. Ayou, N. Vabres, C. Poullaouec et al
l'Encéphale volume 48, supplément 1 septembre 2022.
Unité d'accueil des Enfants en Danger, CHU Rennes


P.R.O.T.E.C.T

- Plusieurs = ne pas rester seul
- Rester soignant
- Obligation de protection du mineur
- Temps d'entretien suffisant mais limité
- Expliquer ce qui inquiète les professionnels
- Centrer le discours sur l'enfant et ses besoins
- Totalité de la prise en charge qui doit intégrer la santé somatique, psychique et sociale de l'enfant, de manière globale et interdisciplinaire, en collaboration avec les institutions intervenant dans la protection de l'enfance, et en incluant l'enfant dans cette démarche

► PLUSIEURS

- Soutien inter équipe
- Regards et spécialités croisés
- Equilibrage des contre transferts
- Ne pas porter seul
- l'entretien doit être mené par plusieurs professionnels formés, qui font part des constatations et des préconisations faites en équipe.
- Dans les situations les plus graves, le recours à une équipe hospitalière pédiatrique référente sur les violences faites aux enfants (Cellule Maltraitance CHU Liège-Citadelle) :

Pour un avis, une consultation ou une hospitalisation, comme pour tout diagnostic grave et complexe qui requiert un travail d'équipe spécialisée en soutien du médecin généraliste ou pédiatre hors structure de soins.

- 
- **Rester soignant**
 - Expliquer le diagnostic médical et les lésions
 - Expliquer les enjeux et effets sur l'enfant
 - Expliquer les traitements et la prise en charge
 - Expliquer pourquoi il est nécessaire de protéger l'enfant et qu'en tant que parents ils ont aussi des leviers
 - Expliquer que découvrir qui a fait du mal à leur enfant n'est pas de notre ressort et que « savoir » ne changera pas notre manière de soigner l'enfant
 - Expliquer les rôles des services protectionnels et judiciaires

- Rester soignant , exemples
- « *Au vu des lésions-de ce que dit votre enfant-, le diagnostic évoque des mauvais traitements »*
- « *Etant donné que vous êtes ses parents, vous êtes les premiers à qui nous en parlons »*
- « *Nous craignons que quelqu'un ai fait du mal à votre enfant »*
- « *Nous ne sommes pas la police, ce n'est pas à nous de chercher le ou les responsables »*
- « *En revanche nous sommes tenus –avec vous- d'assurer sa protection et de le signaler à qui de droit à savoir le SAJ, le Parquet »*
- « *Vous pouvez bien sûr entamer des démarches de votre côté pour protéger votre enfant »*



- **Obligation de protection du mineur**
- Article 458 bis du code pénal qui permet de signaler des faits graves sur mineur le mettant en danger au Substitut du Procureur du Roi,
- Eviter que l'enfant soit à nouveau mis en danger


- Exemples
- « *Si nous ne signalons pas ces faits graves sur votre enfant nous nous rendons complices et non protecteurs, cela peut être assimilé à une erreur médicale et à non assistance à personne en danger* »
- « *L'institution hospitalière est tenue de signaler* »

- **Temps d'entretien suffisant mais limité**
- Pas entre deux portes : accueil dans un local adapté, respect de la confidentialité
- Présenter les intervenants et leurs fonctions
- Introduire par le raisonnement diagnostique qui amène à la conclusion d'une maltraitance, étape par étape
- Rester calme et posé
- Nommer l'enfant par son prénom
- Accueillir les questions, les émotions sans se laisser envahir ou déborder
- Expliquer les enjeux du signalement et garder sa position
- Clôturer en proposant de revoir les parents et rester disponible


- Temps d'entretien suffisant mais limité, exemples
- *« Les images que l'on voit sur l'IRM/les radios... sont (expliquer) et ne sont pas dues à un accident; ce qui signifie que quelqu'un est responsable »*
- *« Nous craignons que quelqu'un ai fait du mal à votre enfant »*
- *« Nous sommes conscients que tout ce que nous annonçons est très dur à entendre »*
- *« Avez-vous déjà des inquiétudes de cet ordre là pour votre enfant? »*
- *« Vous êtes en colère et c'est légitime mais en tant que parent qu'imaginez-vous pouvoir faire pour protéger votre enfant? »*
- *« Vous êtes en colère mais ce que l'on peut questionner c'est que vous mettez de l'énergie à la diriger contre nous plutôt qu'à comprendre ce qui est arrivé à votre enfant et à le protéger »*
- *« Nous allons clôturer mais nous restons disponibles et reviendrons vers vous une fois que nous aurons un retour des services protectionnels »*

- Expliquer ce qui inquiète les professionnels
- Les lésions, montrer les images et les expliquer
- Les symptômes présentés par l'enfant
- Le discours de l'enfant (inadapté à son âge, hors de son champ lexical, verbalisations graves faisant suspecter un danger grave)
- Les conséquences somatiques
- Le risque de le réexposer à un danger grave si rien n'est mis en place

- Expliquer ce qui inquiète les professionnels exemples
- *« Ces fractures d'âge différents ne sont pas accidentelles et montrent que votre enfant a été mis en danger à plusieurs reprises »*
- *« Concernant sa fracture avec embarrure et l'hématome en regard, puisque vous ne vous l'expliquez pas, cela veut dire qu'à minima c'est un accident mais que le ou la responsable ne le respecte pas suffisamment pour le dire et au pire c'est un acte intentionnel »*
- *« Parler ou mimer des actes sexuels à son âge, c'est toujours grave. Même s'il ne s'est rien passé en acte, cela veut dire que votre enfant a été exposé à de la sexualité ce qui est inadapté et qu'il faut l'en protéger »*

- 
- **Centrer le discours sur l'enfant et ses besoins**
 - Parler de la situation clinique actuelle (présence et soins en USI, traumatismes, symptômes) traversée par l'enfant.
 - Evoquer le danger et la violence subie, la mettre en mots.
 - La douleur ressentie (fracture, hémorragie intracrânienne...)
 - Parler des façons de protéger l'enfant.
 - Questionner les besoins de l'enfant.

- Centrer le discours sur l'enfant et ses besoins exemples
- *« Actuellement, votre enfant a besoin de soins mais au-delà de cela il doit être protégé et son maintien à l'hôpital dépendra des services protectionnels »*
- *« Nous comprenons que vous trouvez cela injuste et que vous êtes en difficulté mais en l'occurrence, celui/celle qui a subi de la violence, qui a eu mal et qui souffre c'est votre enfant et c'est sur lui que nous allons vous concentrer »*

- 
- Totalité de la prise en charge qui doit intégrer la santé somatique, psychique et sociale de l'enfant, de manière globale et interdisciplinaire, en collaboration avec les institutions intervenant dans la protection de l'enfance, et en incluant l'enfant dans cette démarche
 - Expliquer les différentes spécialités et soins nécessaires, les différentes fonctions des intervenants.
 - Expliquer les articulations entre l'hôpital et les services protectionnels, les bilans pluridisciplinaires éventuels, ce qui sera questionné en termes de lien, de capacités protectionnelles etc

Intérêt et discussion

- L'annonce d'une mauvaise nouvelle est toujours difficile, que l'on se place du côté du patient comme du soignant.
- L'annonce d'un diagnostic possible de danger pour un mineur relève de difficultés similaires.
- L'objectif est de protéger le mineur pas d'accabler les parents.
- Le signalement = outil de protection du mineur.
- L'annonce reste un moment difficile.

➤ **Modes de défense des parents :**


➤ **Déni du trouble** : le parent se comporte comme s'il n'y avait aucun symptôme menaçant pour l'enfant, consciemment mais aussi inconsciemment dans un but de protection psychique.

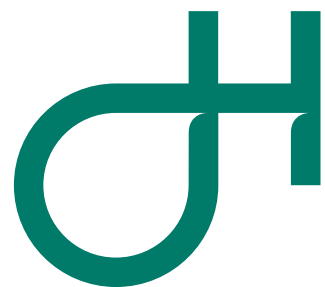
➤ **Mécanismes de déplacement/victimisation** : le parent peut tenter de justifier les faits par un déplacement des difficultés sur son vécu (expériences de traumatismes dans l'enfance ou difficultés actuelles).

➔ Centrer le discours sur l'enfant,

Exposer les observations et constatations médicales ainsi que les potentielles conséquences sur le développement et la santé de l'enfant, avec les soins qui lui sont nécessaires.

Il peut être utile à cette occasion de suggérer aux parents de recourir à des soins pour eux-mêmes, auprès d'autres professionnels

- 
- **Agressivité** : les parents peuvent parfois se montrer agressifs verbalement voire physiquement. De la même façon que dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, il est très important que les soignants ne se sentent pas personnellement mis en cause, et évitent de répondre sur une modalité défensive « en miroir ».
 - **Déplacement** sur un discours médical : les parents peuvent évoquer des erreurs diagnostiques et mettre à mal l'équipe. Le discours doit s'appuyer sur la littérature scientifique et les recommandations de bonnes pratiques.



Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 23.11.24



MediC+mp_{ta}

Bureau Comptable spécialisé
en professions (para)médicales

