

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

09/07/1985

INTRODUCTION

Des travaux menés en France depuis vingt ans dans les services pédiatriques, il ressort que:

- parmi l'ensemble des enfants maltraités (environ 50.000 par an et au moins 300 décès), un pourcentage non négligeable transite par l'hôpital;
- ce pourcentage est certainement minimisé car de nombreux cas de mauvais traitements continuent à ne pas être identifiés, même et surtout en cas de décès;
- lorsqu'une équipe pédiatrique se mobilise sur ce problème, le nombre d'enfants maltraités, négligés ou en danger qu'elle reconnaît augmente considérablement.

L'hôpital occupe donc, dans le dispositif général de protection de l'enfance en danger victime de sévices ou de délaissement, une place importante qui doit l'amener à jouer, en plus de sa fonction de soins, de recherche et d'enseignement, un rôle-clé, en matière de prévention, de détection et de prise en charge médico-psycho-sociale. Il doit, en outre, s'assurer que le suivi de l'enfant est bien effectué dès sa sortie.

De nombreux établissements hospitaliers, sensibilisés à la nécessité de faire face à une telle demande, se sont efforcés d'aménager un fonctionnement adéquat de leurs unités. Fruit de ces expériences diverses, la présente circulaire a pour objet de préciser les différentes réponses qui peuvent et doivent être apportées par l'hôpital.

1. UNE PATHOLOGIE AUX LIMITES MAL DEFINIES

C'est grâce à des études hospitalières que le problème des enfants maltraités s'est progressivement imposé.

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.

Réalité très souvent rencontrée en milieu pédiatrique (alors qu'elle était presque ignorée il y a une vingtaine d'années), la pathologie hospitalière des mauvais traitements comprend:

- des lésions traumatiques résultent de brutalités ou de sévices physiques: elles peuvent être graves, voire mortelles comme les hématomes sous-duraux, certaines brûlures, fractures du crâne et lésions viscérales. Mais d'autres ne présentent pas ce degré de gravité; ainsi, les ecchymoses et hématomes, de même que certaines fractures d'évolution rapidement favorable;
- des troubles de l'état général, des hypotrophies, des retards psychomoteurs, des troubles graves du comportement consécutifs à des négligences de soins et à des carences graves alimentaires ou affectives;
- des lésions et des troubles résultant de sévices sexuels.

Dans les mêmes unités hospitalières se retrouvent, à côté des enfants victimes de sévices et de rejets manifestes, des enfants en danger, présentant des symptômes difficiles à interpréter, qui méritent cependant une attention vigilante en tant qu'éventuels signaux d'alarme. Si l'agitation, l'instabilité alertent généralement le personnel hospitalier, il n'en est pas toujours de même des cas d'inhibition, d'apathie, d'attachement excessif ou des manifestations psycho-somatiques. Enfin, certains enfants, en particulier dans les premiers mois de vie, ne présentent aucun symptôme mais leur environnement familial peut être un sujet d'inquiétude.

L'hôpital est aussi un lieu d'observation précoce des signes avant-coureurs, notamment dans les services recevant des femmes enceintes et des jeunes mères.

De cette description rapide d'une pathologie aux contours difficiles à cerner, mais aux manifestations désormais mieux connues, il ressort que l'établissement hospitalier, dans son ensemble, peut être concerné: les unités de pédiatrie générale bien entendu, mais tout autant les unités des urgences et les unités spécialisées (chirurgie, neurochirurgie, radiologie, orthopédie, ophtalmologie, O.R. L., pédo-psychiatrie) ainsi que les maternités.

La qualité des réponses qui seront offertes à la famille et à l'enfant joue un rôle déterminant pour la suite des interventions.

2. DIAGNOSTIQUER LES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENTS

La méconnaissance des sévices dont les enfants sont victimes favorise leur pérennisation et conduit dans la majorité des cas à des récidives qui peuvent être mortelles.

La responsabilité des médecins hospitaliers est donc en la matière essentielle.

a) Les circonstances d'admission à l'hôpital

Rares sont les enfants amenés directement, à la suite d'un flagrant délit, par une brigade des mineurs ou la police.

Généralement, aucune spécificité ne caractérise les circonstances d'admission des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement. Ils sont adressés à l'hôpital par les équipes de secteur, le médecin traitant et souvent amenés par leurs parents. Les mauvais traitements ou leur suspicion sont parfois d'emblée le motif d'admission, mais un grand nombre d'enfants est admis pour un motif médical non nécessairement relié à la pathologie des mauvais traitements.

Le médecin de garde doit s'efforcer d'obtenir l'hospitalisation de tout enfant victime de sévices ou suspect de l'être, quel que soit le milieu socio-économique auquel il appartient. En cas de refus des parents, il doit s'assurer qu'une liaison sera effectuée avec le médecin traitant ou les services extérieurs susceptibles de connaître l'enfant. Mais il peut aussi avoir - en cas d'urgence - recours au procureur de la République qui permettra l'hospitalisation contre la volonté des parents, si la gravité de la situation le justifie.

b) L'établissement du diagnostic de mauvais traitements

Il doit être assuré par le médecin. Les observations du personnel soignant, para-médical et social seront à cet égard utiles, ainsi que les informations diverses concernant l'enfant et sa famille, obtenues des services médico-sociaux de secteur qu'il importe de contacter systématiquement.

Qu'il s'agisse d'une pathologie traumatique ou non, l'établissement du diagnostic est souvent difficile, les symptômes rencontrés n'ayant rien de spécifique. La démarche repose à la fois sur l'élimination d'une maladie d'origine organique ou d'un accident et sur la prise en compte d'un certain nombre d'éléments dont les suivants:

- les conditions d'admission et notamment le retard à l'hospitalisation;
- les données de l'interrogatoire, en particulier la discordance, l'incohérence ou l'invraisemblance des explications fournies;
- le type de lésions (leur siège, leur association et leur disparition en milieu protégé);
- l'existence de certains antécédents de l'enfant (placements et hospitalisations répétées, accidents suspects, prématurité), de la fratrie (mort inexpliquée, placements) et des parents.

Le bilan étiologique pourra être complété selon le cas par une radiographie de tout le squelette. Des photographies de l'enfant pourront permettre une évaluation rétrospective de son état et pourront par ailleurs être utiles dans le cas d'une expertise médico-légale. Ce bilan doit s'accompagner d'une étude du développement psycho-moteur et affectif, et doit aussi être prolongé par l'observation de l'enfant au cours de son hospitalisation.

c) L'attitude à l'égard de la famille

Les familles maltraitantes sont très souvent en situation de grande détresse affective, morale ou matérielle et il peut exister, dans l'action de mener l'enfant à l'hôpital, au-delà même du déni des mauvais traitements, une demande d'aide qu'il faut savoir comprendre.

Aussi, est-il très important, dès l'admission, que le personnel hospitalier se garde de toute attitude de suspicion ou d'accusation qui risque de provoquer un refus d'hospitalisation ou de compromettre les possibilités ultérieures d'aide et de soutien. Mais le médecin, auquel revient le soin de révéler aux parents les résultats du diagnostic, doit notamment évoquer le manque de vraisemblance des explications fournies et ne pas cacher sa conviction du caractère non accidentel des lésions constatées.

3. ELABORER UN PROJET THERAPEUTIQUE

Outre l'étape diagnostique et le traitement immédiat, l'hospitalisation permet, par la séparation aménagée des parents et de l'enfant, l'évaluation du danger encouru par celui-ci et l'élaboration d'un projet thérapeutique.

a) L'évaluation du danger encouru par l'enfant

L'hospitalisation de l'enfant favorise des entretiens rapprochés avec la famille et par là une perception relativement fine des relations intra-familiales. Elle peut donc permettre, une fois établi le diagnostic de mauvais traitements, d'évaluer le danger encouru par l'enfant dans sa famille. A cet égard, il n'y a pas forcément parallélisme entre la gravité des lésions de l'enfant et le danger physique et moral réellement encouru par lui; mais cependant, à partir du moment où une présomption de sévices ou de délaissement existe, des mesures de protection doivent être envisagées.

Cette évaluation doit prendre en compte le danger physique auquel l'enfant est exposé, d'autant plus grand que l'enfant est plus jeune, donc plus fragile et aussi plus isolé; mais le danger psychologique, par les conséquences graves qu'il entraîne sur le développement de l'enfant, doit être considéré comme un élément tout aussi déterminant de la décision à prendre.

L'évaluation de l'importance de ce dernier est particulièrement délicate, d'autant plus que la famille n'a, en l'occurrence, pas conscience de la nocivité de son comportement. Cette phase essentielle dans l'élaboration d'un projet thérapeutique pour l'enfant et sa famille implique la mobilisation de toute l'équipe concernée.

b) Une relation d'aide et de soutien de la famille

L'enfant en danger, victime de sévices ou de délaissement, et la pathologie familiale sous-jacente éprouvant profondément l'adulte soignant. L'émotion qui en résulte peut conduire le personnel en contact avec ces enfants à se masquer la réalité des mauvais traitements ou au contraire à adopter une attitude rejetante voire répressive à l'égard de ces familles.

Deux écueils existent en permanence: la banalisation pouvant faire écran au dépistage et la dramatisation pouvant conduire à des décisions hâtives dictées davantage par l'anxiété que par une juste évaluation de la situation.

Il importe de faire en sorte que l'équipe hospitalière établisse d'emblée avec les parents une relation d'aide et de soutien en vue d'assurer la prise en charge de l'enfant et de sa famille. Nous ne méconnaissons pas les difficultés auxquelles les équipes hospitalières sont souvent, dans ces cas, confrontées ne serait-ce que pour faire accepter par les parents l'aide qui leur est proposée. Une compréhension des problèmes relationnels et psycho-affectifs en jeu peut être recherchée auprès de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile ou de psychiatrie générale.

Il est primordial aussi que la famille soit avertie à l'avance de toute mesure envisagée à son intention et que toute démarche effectuée auprès des autorités administratives ou judiciaires. Il est également important que le projet qui lui est proposé lui apparaisse clairement comme une aide et une protection et non comme une sanction.

c) un travail d'équipe

De l'admission à la sortie, en passant par les phases d'évaluation du danger encouru par l'enfant et de préparation d'une mesure de protection à long terme, le travail sur un cas de mauvais traitement a une dimension essentiellement collective:

A l'intérieur d'une unité

L'imbrication des données médico-psycho-sociales rend nécessaire un travail d'équipe autour de l'enfant et de sa famille sur une base multidisciplinaire: médecin, psychologue, assistante sociale bien sûr, mais aussi tout le personnel paramédical et soignant ainsi que l'éducatrice de jeunes enfants.

Chacun de ces intervenants occupant la place qui lui revient de par sa compétence propre et sa personnalité, ce travail

d'équipe ne reposant pas sur une confusion des rôles. Il convient, dans cet esprit, de prévoir des réunions de synthèse périodiques pour confronter les résultats des investigations médicales, sociales et psychologiques ainsi que les éléments d'observation fournis par les personnels soignants en relation étroite avec les familles.

Ce travail d'équipe devrait permettre:

- de progresser dans l'évaluation de chaque situation;
- d'avoir une attitude cohérente à l'égard des familles;
- d'entretenir une mobilisation de l'équipe face à une pathologie psycho-sociale difficile.

Il peut notamment être fait appel à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile ou au secteur de psychiatrie générale pour soutenir ce travail d'équipe.

Entre les différentes unités hospitalières

L'information circule souvent mal entre ces dernières. Il est important que leurs personnels fassent l'effort de s'enquérir du suivi donné à chaque situation de maltraitance qu'ils ont eu à connaître ou à suspecter, ou inversement informent en retour les services par lesquels l'enfant aurait auparavant transité.

Seule une connaissance exacte des suites données à une situation (réalité effective de mauvais traitements seulement suspectés, projet thérapeutique adopté) permet aux médecins concernés et à leurs équipes de prendre l'exacte mesure de toutes les conséquences attachées à cette pathologie.

Par ailleurs, il peut arriver qu'une équipe hospitalière acquière une compétence particulière dans la prise en charge des enfants et des adolescents maltraités ou en danger.

Sollicité par les autres services, elle devrait pouvoir leur prêter son concours (informations, conseils, accueil de certains enfants posant des problèmes très spécifiques). Mais cette 'spécialisation' ne doit en aucun cas entraîner un monopole et dispenser les autres équipes de l'effort de formation et d'organisation que requiert une réponse adaptée de tout l'établissement aux cas des enfants victimes de sévices ou de délaissement.

Entre l'hôpital et ses partenaires extérieurs

Cette collaboration est indispensable, d'autant que l'élaboration d'un projet thérapeutique repose en grande partie sur l'évaluation des potentialités de l'environnement familial et social de l'enfant ainsi que sur les possibilités de soutien qu'offriront les secteurs.

Doivent être évitées les décisions isolées, tel le placement sanitaire d'un enfant, sans qu'en soient avisés les équipes de secteur et les médecins traitants. De telles décisions peuvent en effet avoir les conséquences préjudiciables: par exemple, des récides de mauvais traitements parce que le retour de l'enfant dans sa famille n'a pu être préparé. Certaines équipes hospitalières craignent que l'intervention d'une équipe extérieure ne remette en cause le fragile équilibre obtenu à la suite de longs entretiens avec la famille.

Or, seule une relation de confiance mutuelle entre les différents services est de nature à limiter les risques liés au changement d'intervenants et à permettre une collaboration continue autour du projet thérapeutique.

Ces partenaires extérieurs sont prioritairement ceux dont la mission essentielle est la protection de l'enfance et qui disposent pour cela de moyens d'intervention à domicile: protection maternelle et infantile, service social départemental, aide sociale à l'enfance. Les services de santé scolaire et l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile concourent aussi à cette protection.

Des réunions avec ces services, des contacts fréquents entre mêmes professionnels permettront d'établir une telle relation de confiance.

Les équipes hospitalières ne doivent pas non plus hésiter à contacter par ailleurs les autres personnes ou institutions qui connaissent la famille ou l'enfant: médecin traitant, école...

d) La préparation de la sortie et les autorités à saisir

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs4072b-du-9-juillet-1985-accueil-et-prise-en-charge-par-les-etablissement-s-dhospitalisation-publics-et-privés-des-enfants-en-danger-victimes-de-sevices-ou-de-delaissement/>

L'hospitalisation va constituer une préparation soit au retour en famille, avec ou sans soutien, soit à une séparation temporaire ou définitive.

Quelle que soit la décision prise, il importe que la sortie de l'enfant s'effectue au moment le plus propice, et soit aménagée:

- par une éventuelle prolongation du séjour à l'hôpital si celle-ci peut permettre une amélioration de l'état de l'enfant, une évaluation plus approfondie, ou éviter un placement institutionnel intermédiaire;
- en liaison avec les équipes médico-sociales de secteur qui auront à apporter un soutien à domicile à la famille.

Le secret professionnel

En ce qui concerne le secret professionnel, il convient de rappeler que le paragraphe 3 de l'article 378 du code pénal prévoit la levée des sanctions encourues par les médecins ou autres professionnels 'dépositaires des secrets qui leur sont confiés', précisément dans les situations d'enfants victimes de mauvais traitements.

Par ailleurs, pour toute information communicable seulement de médecin à médecin, les médecins hospitaliers peuvent toujours s'adresser aux médecins de P.M. I. ou au médecin de l'enfance dans les départements où il en existe.

Outre ces liaisons avec les équipes elles-mêmes, il est souhaitable que l'hôpital saisisse les responsables départementaux chargés de la protection de l'enfance; à cet égard, l'interlocuteur privilégié sera le médecin responsable du service de P.M. I., éventuellement, la conseillère technique responsable du service social ou l'inspecteur responsable de l'aide sociale à l'enfance. Ceux-ci sont à même, en effet, de compléter ou de vérifier, auprès de leurs équipes de secteur, les informations sur l'environnement social et familial et de mesurer leurs possibilités de soutien de la famille.

En fonction de ces informations et de l'évaluation de l'équipe hospitalière, la décision de saisir les autorités judiciaires sera prise ou non.

L'hôpital lui-même peut être amené à saisir directement celles-ci, notamment:

- en urgence, si le retour de l'enfant chez ses parents, exigé par ceux-ci, le met manifestement en danger, une ordonnance de placement provisoire peut être alors sollicitée;
- en cas de désaccord avec les services départementaux et si l'hôpital estime de sa responsabilité de s'assurer qu'une mesure de protection judiciaire de l'enfant sera prise.

Il est important de rappeler à cet égard:

- qu'aux termes de l'article 375 du code civil, le juge des enfants peut être saisi par les parents, le tuteur ou le gardien, le mineur lui-même ou le ministère public et qu'il peut se saisir d'office à titre exceptionnel;
- que l'intervention des autorités judiciaires n'induit pas systématiquement des mesures répressives: le procureur de la République, dans les cas les plus graves, peut saisir le juge d'instruction pour d'éventuelles poursuites pénales, mais le plus souvent, il saisira le juge des enfants, lequel pourra décider d'une 'assistance éducative' (placements, mais aussi action éducative dans la famille).

Vous engagerez les directeurs d'établissements hospitaliers à s'assurer des conditions dans lesquelles les autorités judiciaires seront le cas échéant saisies.

Dans le cas où les autorités judiciaires ne seront pas saisies, un projet de soutien de la famille doit être élaboré, associant les équipes médico-sociales de secteur et l'équipe hospitalière. Il est alors essentiel que les rôles respectifs et la responsabilité du suivi soient bien définis.

En tout état de cause, il est important que l'hôpital soit informé des suites - si nécessaire il doit réclamer ce retour d'information - ce qui lui permettra de s'assurer que le suivi est effectif et lui donnera les moyens d'évaluer sa propre action.

4. DEPISTER LES SITUATIONS A RISQUES ET PREVENIR LES MAUVAIS TRAITEMENTS

- a) Une meilleure connaissance des facteurs de fragilisation et de dysfonctionnement familiaux

Mieux connaître ces facteurs, sous réserve d'éviter soigneusement tout étiquetage et dans une optique résolument préventive, peut faciliter le dépistage de certaines situations de danger pour l'enfant.

Il importe que l'ensemble des équipes hospitalières soient sensibilisées à l'existence de ces signes et attentives à leur accumulation chez elle ou telle famille. Les recherches en France et à l'étranger ont montré que trois types de données peuvent favoriser les mauvais traitements:

Les données propres à l'enfant

Certains traits propres à l'enfant semblent l'exposer plus que d'autres aux mauvais traitements; enfant adultérin ou né d'un premier mariage, enfant non désiré (ou d'un sexe non désiré), enfant agité et ayant des troubles du sommeil, enfant anorexique, ayant une malformation ou tout autre handicap et cela quel que soit le degré de ce handicap.

L'enfant peut être aussi battu pour ce qu'il incarne parfois: l'abandon du conjoint, un deuil concomitant à sa naissance.

La prématurité est retrouvée dans 25 p. 100 des cas de maltraitance: l'état dépressif de la mère, le séjour prolongé de l'enfant au centre de prématurés font obstacle à l'établissement de relations normales.

Les enfants séparés de leur milieu familial, par suite de placements nourriciers ou institutionnels, présentent des troubles du comportement du retour liés à leur difficulté d'adaptation. Les parents peuvent y répondre par une incompréhension qui devient rejetante, agressive et brutale.

Les données liées à sa famille et à son histoire

Un des parents et parfois les deux présentent des troubles psychopathologiques caractérisés:

- éthylisme aigu;
- psychose, état dépressif grave;
- toxicomanie;
- immaturité.

Mais dans de nombreux cas, ils ont l'apparence de la 'normalité', tout en éprouvant des difficultés psycho-affectives, lesquelles se manifesteront principalement à l'égard de leurs enfants; par exemple, en exprimant des exigences éducatives inadéquates.

Par ailleurs, beaucoup de parents maltraitants ont connu dans leur enfance des situations perturbantes à type de carence massive, d'abandon, de placement, de dissociation familiale. Ils ont alors parfois été eux-mêmes victimes de sévices.

Des données liées à l'environnement socio-culturel

Certains enfants victimes de mauvais traitements appartiennent à des familles défavorisée, où s'accumulent à des degrés divers insuffisance de ressources chômage, mauvaises conditions de logement, pauvreté culturelle, isolement, difficultés d'adaptation et d'intégration sociale.

Mais les cas de maltraitance les plus troublants et parfois les plus graves sont ceux que l'on trouve dans les familles où tout paraît 'normal' et où les conditions socio-économiques sont favorables (bonne insertion dans la vie sociale et professionnelle).

Il n'est pas inutile de rappeler qu'il existe, dans la vie de tout individu, des périodes de vulnérabilité: les modifications du statut matrimonial, la survenue d'une nouvelle grossesse et d'une naissance, les changements de domicile, le retour en famille d'enfants placés en sont les exemples les plus fréquents. Il importe de prendre en considération l'impact possible de tels événements sur l'équilibre général des relations familiales.

Si une meilleure connaissance des facteurs de dysfonctionnement familial favorise le dépistage des situations fragiles, ce dépistage doit lui-même déboucher sur une pratique préventive.

Quelques recherches comparatives ont prouvé qu'une intervention précoce et une aide accrue auprès des familles

particulièrement menacées pouvaient se révéler efficaces. Par ailleurs, plus l'aide est précocement proposée, mieux elle est acceptée.

Les conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse, l'accouchement, les éventuelles séparations néonatales ont une influence déterminante sur les premiers liens de la mère avec son enfant.

b) Le suivi de la grossesse

En liaison avec le médecin traitant et les équipes médico-sociales de secteur, l'hôpital doit participer à une prévention des dysfonctionnements de la relation parents/enfants. Cette action, qui peut être bien acceptée des familles si elle leur apparaît comme une aide, est de toute évidence préférable à une prise en charge postérieure à la constatation des mauvais traitements.

Les possibilités d'intervention hospitalière peuvent, au stade de la grossesse, paraître limitées car plus des trois-quarts des grossesses enregistrées en France sont suivies par des médecins de ville.

Toutefois, les futures mères sont souvent examinées à l'hôpital où leur accouchement est prévu: ces consultations doivent donner lieu à une première évaluation des données psycho-sociales qui entourent la grossesse et à des liaisons avec le médecin traitant ou les sages-femmes de P.M. I.; celles-ci, par les visites à domicile qu'elles effectuent, jouent en effet un rôle essentiel de relais des équipes hospitalières et devraient à ce titre être invitées à des réunions de synthèse périodiques.

Par ailleurs, une aide sous forme d'informations diverses concernant la puériculture et les possibilités de garde, devrait, dès ces visites, pouvoir être fournie.

Une attention vigilante doit notamment être apportée aux mères jeunes, isolées, délaissées par le conjoint ou par leur famille, aux femmes déracinées, aux mères désemparées, aux femmes vivant des situations socio-économiques très difficiles, aux femmes atteintes d'une pathologie telle que maladie mentale, éthylisme, toxicomanie. Une absence de déclaration de grossesse, ou une déclaration tardive, une surveillance irrégulière, une demande d'I.V.G. qui n'a pu être satisfaite, une absence de préparation à la naissance ou de la naissance (ni prénom, ni layette) peuvent exprimer un refus persistant de l'enfant et doivent, à ce titre, faire l'objet d'une attention particulière.

Tout événement pathologique grave survenant au cours de la grossesse est également à prendre en compte.

c) Pendant le séjour en maternité

Point de passage obligé de presque toutes les femmes enceintes, les maternités occupent une position-clé dans le dispositif de prévention.

Même si le séjour y est généralement bref, il importe de la mettre à profit pour déceler les premiers signes éventuels de difficulté:

- indifférence, absence de plaisir, voire hostilité, agressivité lors de soins ou des tétées;
- intolérance au cri de l'enfant;
- commentaires particulièrement négatifs à l'égard de l'enfant;
- absence de projet pour celui-ci, surtout si la mère est seule;
- absence de visite témoignant peut-être d'un isolement réel;
- état particulièrement dépressif.

Il doit être clair que ces signes n'ont qu'une valeur indicative et ne peuvent justifier un étiquetage, chaque femme correspondant à un cas particulier.

Nous vous demandons de favoriser la mise en place par les établissements hospitaliers de sessions de formation qui insisteraient sur la nécessité, pour le personnel soignant, de:

- valoriser les femmes à leurs propres yeux en les confortant dans leur aptitude à être mères: toute attitude 'infantilisante' de l'équipe soignante consistant à se substituer à la mère ou toute attitude normative doit être d'une manière générale évitée;
 - favoriser la relation mère/enfant, notamment en faisant participer la mère aux soins de son nouveau-né et en lui
- <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs4072b-du-9-juillet-1985-accueil-et-prise-en-charge-par-les-etablissement-s-dhospitalisation-publics-et-privés-des-enfants-en-danger-victimes-de-sevices-ou-de-delaissement/>

permettant de le garder auprès d'elle;

- accueillir les pères, favoriser leur présence et leur participation;
- prodiguer aux parents des informations concernant la puériculture, la garde des enfants, les modes de contraception;
- leur permettre d'exprimer leur ambivalence et les rassurer face aux sentiments négatifs qu'ils pourraient éprouver à l'égard de leur enfant;
- reconnaître aux mères le droit à ne pas assumer leur maternité, voire dans certains cas, leur parler d'un consentement à l'adoption. Celui-ci peut parfois être le meilleur projet pour l'enfant et il convient alors de favoriser un entretien de la mère avec le psychologue. En tout état de cause, il importe de mettre en garde les diverses catégories de personnel qui sont en relation avec la mère contre toute tentation d'exercer une éventuelle pression, dans un sens ou un autre, sur les intéressées.

Par ailleurs, d'étroites liaisons doivent être établies avec les services de protection maternelle et infantile; ceux-ci disposent notamment de puéricultrices pouvant se déplacer à domicile et prendre le relais des personnels de maternité à la sortie de l'hôpital. Il importe donc de favoriser leur entrée dans les maternités afin qu'elles puissent, dès ce moment, proposer aux jeunes parents une aide adaptée à leurs difficultés.

Cet effort de liaison s'impose particulièrement lorsque l'enfant est - ou va être - séparé de sa mère pour des raisons médicales ou chirurgicales.

d) Les transferts et les placements néo-nataux

Une attention spécifique devrait être portée aux prématurés, particulièrement fragilisés par leur pathologie et par la séparation qui en résulte.

Aussi, la nécessité de favoriser dès le naissance la création de liens étroits avec leurs parents exige:

- que les indications de transfert soient justement évaluées;
- que les parents soient progressivement aidés par le personnel à participer aux soins pendant et après le séjour de la mère en maternité;
- que le retour de l'enfant à domicile soit préparé et fasse éventuellement l'objet d'une prise en charge spécifique.

Comme dans les maternités, un important travail de liaison est ici à effectuer avec les puéricultrices de P.M. I. afin que celles-ci, par leurs visites à domicile avant et après le retour de l'enfant, puissent veiller à l'existence de conditions d'accueil qui ne soient pas néfastes à l'enfant.

Concrètement cette liaison devrait se traduire par une information systématique concernant les prolongations d'hospitalisation et les dates de sortie prévues, information diffusée à l'occasion de rencontres périodiques entre équipes hospitalières et de P.M. I.; ces dernières, en retour, devraient apporter des renseignements précieux concernant la famille, lesquels doivent être pris en considération dans la décision relative à la sortie de l'enfant.

e) Les hospitalisations d'enfants

Certaines hospitalisations présentent des caractères qui doivent attirer l'attention:

- admissions fréquentes pour des affections bénignes;
- séjours successifs pour des accidents qui se répètent;
- absence ou rareté des visites de la famille;
- retards à la sortie de l'enfant.

Elles sont souvent effectuées à la demande insistante des parents, demande qui mérite d'être finement analysée car elle cache souvent un appel à l'aide.

En effet, le prétexte d'une cause organique permet aux familles en situation de crise ou de détresse de faire appel à l'hôpital, lieu neutre qui laisse espérer parfois le retour en famille sans autre formalité mais parfois aussi une aide et un soutien. Il importe que le personnel des services concernés (notamment pédiatrie générale) soit attentif à cette demande masquée, d'autant mieux repérable que l'hospitalisation n'est pas justifiée par une affection intercurrente.

L'attention doit également se porter vers les manifestations propres aux enfants en danger, à savoir les troubles du comportement d'autant plus difficiles à interpréter qu'ils s'expriment discrètement: inhibition, apathie, indifférence. Parmi

ces enfants trop agités ou trop sages, un certain nombre se retrouveront finalement hospitalisés pour mauvais traitements manifestes si aucune action préventive n'est mise en oeuvre.

Il importe d'en tirer les conséquences concrètes dans la pratique hospitalière: une coordination étroite avec les services extérieurs à l'hôpital, les médecins traitants et une liaison éventuelle avec l'école devraient permettre de mesurer la réalité du danger encouru par l'enfant et de proposer à la famille un soutien adapté.

En consultant les équipes de P.M. I., de psychiatrie infanto-juvénile, de psychiatrie générale et de santé scolaire, le médecin traitant et les autres services hospitaliers où l'enfant a déjà séjourné, le médecin hospitalier et l'assistante sociale peuvent recueillir des informations susceptibles d'éclairer le diagnostic de mauvais traitements ou de danger de mauvais traitements.

L'hospitalisation de l'enfant doit ainsi être mise à profit comme un temps d'observation approfondie qui permettra d'éviter de nouvelles hospitalisations.

5. ORIENTATIONS ET INSTRUCTIONS GENERALES

1.1. Adapter l'hôpital aux nécessités de la prise en charge des enfants maltraités

L'information

La protection de l'enfance en danger, victime de sévices ou de délaissement, a fait l'objet de circulaires nombreuses et récentes:

- circulaire du 23 janvier 1981 (annexe IV) du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale;
- circulaire interministérielle du 18 mars 1983e;
- circulaire interministérielle du 21 mars 1983, du ministre de la santé et du secrétaire d'Etat chargé de la famille;
- circulaire du 21 avril 1983 du ministre de l'intérieur;
- circulaire du 6 mai 1983 du garde des sceaux, ministre de la justice;
- circulaire du 26 juin 1983 du ministre de l'éducation nationale.

Ces textes ont rappelé les rôles respectifs des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, du corps médical, des personnels enseignants, des autorités judiciaires, des services de police et de gendarmerie, et recommandée fortement la mise en oeuvre d'étroites liaisons entre ces divers partenaires.

S'agissant du corps médical, ont été précisées les dispositions relatives au secret professionnel. Enfin, la circulaire du 1er août 1983 sur l'hospitalisation des enfants a souligné (annexe V) la place essentielle qu'occupe, dans l'histoire d'un enfant maltraité, son passage à l'hôpital. Mieux connaître les missions et les modes de fonctionnement des partenaires extérieurs constitue pour les établissements hospitaliers un impératif fondamental. Afin d'atteindre cet objectif, dont la réalisation conditionne une prise en charge efficace, vous voudrez bien:

- inviter les établissements hospitaliers à assurer la plus large diffusion de la présente instruction et de la circulaire du 18 mars 1983 auprès de l'ensemble du personnel hospitalier concerné;
- organiser périodiquement au niveau de votre département et éventuellement au sein des établissements hospitaliers, des rencontres entre les équipes hospitalières concernées et les représentants des services médico-sociaux, les autorités judiciaires (procureurs, juges pour enfants), les médecins traitants, les personnels enseignants, la brigade des mineurs.

Ces rencontres devraient permettre aux uns et aux autres de mieux se connaître de faire le bilan de leurs activités respectives et de leur collaboration, éventuellement de mettre au point de nouvelles modalités de travail en commun. Nous vous demandons de rappeler à ces occasions que les services de protection maternelle et infantile, d'aide sociale à l'enfance et le service social relèvent, depuis le 1er janvier 1984, de l'entière responsabilité du président du conseil général tandis que les services de santé scolaire, dépendant toujours de l'Etat, relèvent du ministère de l'éducation nationale (pour ce qui concerne leur organisation), les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile étant rattachés au ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.

La formation du personnel

Pour être efficacement pris en charge, le problème des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement, requiert une formation spécifique de l'ensemble du personnel hospitalier concerné.

Il vous appartient de demander aux directeurs d'établissement d'en tenir compte lors de l'élaboration du plan de formation annuel.

Vous les inviterez, le cas échéant, à faire appel à des associations ou personnes compétentes dont mes services vous transmettront les coordonnées. Cette formation jouera un rôle déterminant dans l'adaptation des établissements hospitaliers aux nécessités de la prise en charge des enfants maltraités.

Les équipes de santé mentale peuvent apporter leur contribution à cette formation.

Les conditions d'accueil de l'enfant

La circulaire sur l'hospitalisation des enfants (1er août 1983) vous avait mis en garde contre les hospitalisations dites 'sociales' en soulignant leur caractère a priori préjudiciable pour l'enfant. La particularité des problèmes posés par les mauvais traitements justifie une attitude plus prudente: l'hôpital, dans ce cas, fonctionne comme un lieu de sauvegarde, de 'réparation' et d'observation permettant, par une séparation aménagée des parents et de l'enfant, de déboucher sur des mesures de protection à long terme.

Aussi, vous voudrez bien veiller à ce qu'il ne soit pas fait obstacle à de telles hospitalisations (ou à leur prolongation) d'autant que la gravité du danger encouru par l'enfant n'est pas toujours en relation avec l'état clinique constaté à l'admission.

Par ailleurs, l'enfant devrait pouvoir trouver au sein de l'hôpital des espaces démedicalisés (salles de jeux ou jardins d'enfant). De tels lieux de vie où une éducatrice de jeunes enfants ou une psychomotricienne proposent des activités éducatives, rééducatives ou d'éveil constituent aussi des lieux d'observation et de traitement.

Ces activités devraient contribuer à faire de l'hospitalisation une expérience gratifiante pour l'enfant dans un épisode de sa vie douloureux et troublé.

En outre, l'ouverture de l'hôpital aux parents au moyen d'heures de visites élargies et la possibilité qui leur est offerte de s'associer aux soins constituent des occasions précieuses de rapprochement et d'observation de leurs interactions. Nous rappelons à cet égard les termes de la circulaire du 1er août 1983.

Le travail d'équipe

Les mauvais traitements résultent de pathologies psycho-sociales et, à ce titre, concernent tout autant les médecins que les autres personnels mais ne peuvent pour autant être pris en charge par les seuls médecins. Un travail d'équipe s'impose donc en l'occurrence et vous engagerez les directeurs d'établissement à susciter une véritable mobilisation de tous les personnels concernés.

Dans le souci d'une prise en charge globale de l'enfant et de sa famille, il importe d'insister sur le rôle du psychologue et sur l'importance d'établir des liaisons avec les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou les secteurs de psychiatrie générale. Par ailleurs, la mise en place de moyens d'animation dans les unités recevant des enfants relève de la même préoccupation.

La notion d'équipe doit être entendue au sens large: la coopération est en effet également nécessaire entre personnels d'unités hospitalières différentes. Nous vous demandons d'insister auprès des directeurs d'établissement sur l'importance des liaisons régulières, mises en oeuvre par des mesures pratiques: fichiers communs, circuit du courrier, réunions...

1.2. Instituer une coordination étroite entre les structures hospitalières et les partenaires extérieurs

Une des recommandations les plus importantes qui sous-tend l'ensemble de cette circulaire porte sur la coordination permanente avec les partenaires extérieurs.

Nous vous demandons de faire en sorte que les établissements hospitaliers:

- facilitent l'entrée dans les services des personnels appartenant aux structures médico-sociales extérieurs (médecins

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs4072b-du-9-juillet-1985-accueil-et-prise-en-charge-par-les-etablissement-s-dhospitalisation-publics-et-privés-des-enfants-en-danger-victimes-de-sevices-ou-de-delaissement/>

puéricultrices, sages-femmes de P.M. I. notamment) selon les modalités décrites ci-dessus. Un travail quotidien de liaison doit ainsi pouvoir s'effectuer à la faveur de réunions périodiques ponctuelles et de contacts auprès des mères et des enfants hospitalisés afin que soit mis en place un relais efficace à la sortie;

- favorisent de formations communes aux personnels hospitaliers et personnels de secteur:

- en invitant ces derniers aux sessions de formation organisées sur le thème de l'enfance maltraitée;

- en prenant l'attaché des services de formation du personnel de la fonction publique territoriale afin d'aménager des formations communes (moyennant des conventions de financement);
- veillent à ce que les autorités administratives de protection de l'enfance relevant du conseil général soient régulièrement saisies;
- acceptent les hospitalisations sollicitées par ces dernières pour des enfants dont l'état général nécessite une mise en observation.

1.3. Informer le personnel hospitalier sur les procédures de saisie des autorités administratives et judiciaires et sur le secret professionnel (cf. chapitre 3 - paragraphe 4).

CONCLUSION

Nous voudrions, pour terminer, souligner un point essentiel:

L'ampleur du phénomène des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement, encore sous-estimée semble-t-il, ne peut laisser indifférent.

Le caractère intolérable de telles violences devrait susciter une mobilisation des personnels hospitaliers visant à supprimer les dysfonctionnements qu'il est encore possible de constater: absence de détection malgré des hospitalisations répétées, absence de prise en charge ou au contraire multiplication des intervenants auprès des familles aboutissant parfois au même résultat, placements mal préparés, signalements intempestifs à la brigade des mineurs...

Avec les autres professionnels concernés, les personnels hospitaliers partagent une responsabilité essentielle dans la mise en place d'un système de protection et de prévention efficace.

Aussi, nous vous demandons, pour le 31 décembre 1985 au plus tard, de nous faire parvenir un rapport (en double exemplaire au bureau 2 B de la direction générale de la santé):

- sur les modalités de fonctionnement des établissements d'hospitalisation publics et privés de votre département eu égard à la prise en charge des enfants maltraités;

et

- sur les conditions d'application de la présente circulaire.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. - DIRECTION DES HOPITAUX. - DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE..

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, le secrétaire d'Etat chargé de la santé, à Messieurs les commissaires de la République, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information), directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution).

Non parue au Journal officiel.