

ANNEXES

Dans cette rubrique, vous trouverez tous les documents qui annexent ce travail. Ils sont repris ci-après et sont détaillés de manière approfondie. Nous les listons ci-dessous pour une meilleure compréhension.

- Annexe 1 : Le guide d'entretien
- Annexe 2 : Descriptif de l'e-mail envoyé aux professionnels
- Annexe 3 : La retranscription d'un entretien
- Annexe 4 : Procédure d'évaluation et de prise en charge d'enfant victime ou suspect d'être victime d'abus sexuel commune aux trois hôpitaux

I. Annexe 1 : Le guide d'entretien

Bonjour, je me présente en quelques mots. Je m'appelle Charlotte Lowette et je suis infirmière pédiatrique. Dans le cadre d'un master en Santé Publique à l'UCL, je souhaite obtenir votre point de vue et votre ressenti à propos d'un aspect de votre pratique professionnelle. Je m'intéresse, en effet, à l'accueil et à l'accompagnement des enfants maltraités dans un service de pédiatrie,, plus précisément les enjeux et difficultés que les professionnels rencontrent dans ces situations. Acceptez-vous d'être enregistré pendant cet entretien ? Je précise que les données que je récolterai resteront confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de la recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

(1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

a. Quelle est votre fonction au sein de l'équipe de pédiatrie ?

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce type de service ?
- Avez-vous rencontré beaucoup de cas de maltraitance au cours de votre carrière ?
- Selon vous et votre expérience, existe-t-il des profils sociodémographiques où la maltraitance est plus présente ?

(2) Au sein de votre service, comment s'organise l'accueil et l'accompagnement d'un enfant suspecté d'être victime de maltraitance infantile ?

b. Existe-t-il un protocole à suivre en cas de suspicion de maltraitance infantile ?

Si oui,

- Que connaissez-vous de ce protocole ? Savez-vous où le trouver ? Pouvez-vous l'expliquer en détail ?
- Le protocole est-il propre à votre hôpital ou est-il le même partout ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du protocole ?
- Suggérez-vous d'ajouter certaines choses dans le protocole ?

Si non,

- En quoi cela vous met-il en difficulté lors de l'accompagnement ?
- Comment savez-vous ce qu'il faut faire lors de l'accueil de l'enfant ?
- Comment sont formés les nouveaux engagés ? Cela est-il suffisant ?

(3) Selon vous, quelles sont barrières et difficultés que vous rencontrez lors de l'accueil d'un enfant maltraité dans votre service ?

- Existe-t-il des défaillances structurelles, organisationnelles ou culturelles dans la manière dont les enfants sont pris en charge à l'hôpital, selon vous ?
- Qu'aimeriez-vous voir comme mise en place pour l'accueil de ces enfants ?

c. Quel est votre ressenti vis-à-vis des enfants que vous prenez en charge ?

- Comment parvenez-vous à séparer le travail et la vie privée ?
- Comment vivez-vous ces situations au quotidien en fonction de vos valeurs, ou de votre caractère ?
- Comment parvenez-vous à gérer vos relations avec les parents des enfants maltraités quand ceux-ci ont toujours le droit de visite ? Comment réagissez-vous ?
- Prenez-vous en charge de la même manière qu'au début de votre carrière ?
- Selon vous, ces situations ont-elles eu un impact positif ou négatif sur votre manière d'aborder votre métier au quotidien ?

(4) A l'heure actuelle, on parle beaucoup du manque de signalements des cas de maltraitance, pouvez-vous m'expliquer les raisons qui, selon vous, peuvent entraver le signalement ? et pourquoi ?

(5) Durant vos études, avez-vous suivi des formations spécifiques à la maltraitance envers les enfants ?

Si oui,

- Comment se sont déroulées ces formations ? De quelle longueur étaient-elles ? Était-ce suffisant selon vous ? Quels sont les aspects qui ont le plus été étudié ?
- Selon vous, ces formations vous ont-elles aidé dans la prise en charge des enfants à l'heure actuelle ? Vous sentez-vous assez formé ?
- Quels sont les atouts de ces formations ?
- Quels sont les points faibles ?

Si non,

- Pensez-vous que des formations ultérieures au diplômes sont nécessaires pour mieux prendre en charge ces enfants ? Pourquoi ?
- Qu'aimeriez-vous traiter surtout durant ces formations ? Pourquoi ?

(6) On parle beaucoup de l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans ce genre de situation, qu'en pensez-vous ?

- a. Qui sont les personnes/ institutions/réseaux s'impliquant dans la prise en charge de l'enfant lors de son hospitalisation ? Comment s'articulent-elles ?
 - Quelles sont les missions de chacun ?
 - b. Selon vous, cette collaboration est-elle bénéfique ?
 - Quels sont les avantages/ inconvénients ?
 - Comment sont réparties les responsabilités ?
 - Selon vous, la collaboration est-elle optimale ou travaillez-vous de manière parallèle ?
- (7) Comment s'articule le retour d'un enfant maltraité ? Quels sont les endroits où ils peuvent être admis ?
- a. Quels sont les retours que vous pouvez espérer obtenir après un retour en centre/domicile ?
 - b. Comment préparez-vous l'enfant ?

Bien, l'entretien est terminé.

Je vous remercie pour votre patience et vos réponses.

II. Annexe 2 : Descriptif de l'e-mail envoyé aux professionnels

Bonjour Monsieur/Madame X,

Je me permets de vous contacter car je suis actuellement infirmière pédiatrique, et, en vue de l'obtention du Master en Santé Publique, je réalise un mémoire sur la maltraitance infantile.

Plus particulièrement, celui-ci traite la question des enjeux et difficultés auxquels doivent faire face les soignants lors de l'accueil et l'accompagnement d'un enfant maltraité dans un service de pédiatrie générale.

Des lors, je recherche des personnes à interviewer/interroger (cela dure environ 45min-1h) qui sont en première ligne lors de la prise en charge de ces enfants.

Pensez-vous que vous pourriez m'aider dans cette recherche? La date de l'interview serait fixée ultérieurement lorsque j'aurai fini de peaufiner certains détails mais il me serait bénéfique d'avoir à l'avance l'accord des participants afin de m'organiser.

Les réponses récoltées sont anonymes et ne sont utilisées que pour répondre à la question de recherche.

Je vous remercie d'avance pour votre réponse, et d'avoir pris le temps de me lire.

Bien à vous,

Charlotte Lowette

III. Annexe 3 : La retranscription intégrale d'un entretien

(NB : Cet entretien a été intégralement retranscrit au mot à mot. Le langage employé est un langage parlé.)

- Bonjour, je me présente en quelques mots. Je m'appelle Charlotte Lowette et je suis infirmière pédiatrique. Dans le cadre d'un master en Santé Publique à l'UCL, je souhaite obtenir votre point de vue et votre ressenti à propos d'un aspect de votre pratique professionnelle. Je m'intéresse, en effet, à l'accueil et à l'accompagnement des enfants maltraités dans un service de pédiatrie, plus précisément les enjeux et difficultés que les professionnels rencontrent dans ces situations. Acceptez-vous d'être enregistré pendant cet entretien ? Je précise que les données que je récolterai resteront confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de la recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.
- *Oui.*
- Alors, tout d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots, m'expliquer quel est votre rôle au sein du service de pédiatrie ? Est-ce que vous avez déjà rencontré beaucoup de cas de maltraitance au sein de votre carrière ?
- *Alors, je travaille ici depuis trois ans et demi. Je suis référent maltraitance et maltraitance sexuelle pour les enfants, ici. <Un instant>, donc c'est moi qui suis le premier interlocuteur ou le deuxième en fonction de si l'enfant passe aux urgences ou quoi, et donc normalement tout enfant victime de maltraitance, je dois avoir un contact avec lui.*
- D'accord, ok
- *Avec les parents, notamment pour tout l'aspect de la prise en charge.*
- Et vous en avez, depuis que vous êtes ici, rencontré beaucoup ?
- *...Oui, maltraitance sexuelle on est à une dix, quinzaine par an quand même...*
- Oui...
- *Et maltraitance, tout cas confondus, on doit aussi à mon avis être à une dizaine par an*
- Ok...
- *Euh... maintenant ça dépend vraiment des années, ça dépend des moments, ça dépend, euh, du type de maltraitance, ça dépend de... ça dépend de pleins... de l'aspect...euh... la maltraitance ça relève d'un domaine large...*
- Oui tout à fait.
- *Euh... c'est beaucoup plus de la négligence que de la maltraitance.*

- D'accord...
- *J'ai plus l'impression qu'on est dans de la négligence que de la maltraitance... euh... les enfants battus, secoués... c'est plus rare mais, on en a. On en a encore eu un récemment donc euh, mais c'est plus rare.*
- Et est-ce que vous diriez qu'il y a un profil type de famille où ça peut plus arriver ?
- *<Un instant pour réfléchir> ... Non, la maltraitance sexuelle, non*
- Ca arrive partout alors ?
- *Ca peut être de tout venant, fin ça peut être tout et n'importe quoi ...euh... ça peut-être des gens qui ont des revenus tout à fait corrects, qui ont un degré d'éducation tout à fait normal...tout comme ça peut être des « barakis »...euh c'est vraiment, fin ça n'a pas de profil particulier. <Inspire>, pour la maltraitance et la négligence, c'est plutôt souvent des familles jeunes, j'ai l'impression qu'on le voit souvent chez des jeunes parents...*
- Oui, là où l'éducation est moins...
- *Euh voilà, et donc du coup, qui ont aussi un profil peut être plus...plus simple. Plus simple dans l'éducation et qui donc du coup, ne savent pas gérer leurs enfants et c'est là qu'on découvre des profils de négligence ou des profils de maltraitance pure et simple... Même dans des familles recomposées aussi où le nouveau beau-père ou le père de l'enfant est fort jeune et du coup il y a des moments où il pète un câble et c'est à ce moment-là que... qu'ils sont dépassés.*
- Ok, alors je voudrais savoir maintenant au sein du service comment va s'organiser la prise en charge ? Est-ce que dans le service vous avez un protocole type pour l'accueil et la prise en charge d'un enfant maltraité ?
- *Alors on a un protocole. Un protocole type qui est commun aux trois hôpitaux de la région...*
- Oui...
- *Au grand hôpital de Charleroi, à Marie Curie et à Notre-Dame de Grâce à Gosselies pour la maltraitance sexuelle. Donc là, on a vraiment un protocole type qui est le même dans les trois hôpitaux, avec une prise en charge...Donc, comme il y a pas toujours des hospitalisations sauf dans les cas urgents, c'est-à-dire dans une maltraitance sexuelle dans les moins de 72h, avec un viol avéré, ben l'enfant est hospitalisé et il y a une prise en charge qui est faite par un psychologue pendant l'hospitalisation, et alors on se fait aider les différents services sociaux : SAJ et SOS enfant.*
- Ah, SOS-enfants aussi?
- *Oui, donc ça de toute façons. Tout enfant qui rentre pour une suspicion de cas de maltraitance sexuelle, que ce soit un abus, que ce soit des attouchements, que ce soit un viol avéré, ou des viols répétés, c'est des choses qui sont prises en charge en parallèle avec le domaine médical,*

donc moi en l'occurrence, le domaine social avec SOS-Enfant et le système judiciaire avec le SAJ et/ ou le parquet. Et donc là le protocole est bien défini. Maintenant, pour tout enfance suspecté de tout autre type de maltraitance, alors là c'est une prise en charge qui se fait généralement via les urgences, avec un enfant qui est suspect ou qui a une fracture bizarre...

On frappe à la porte - (discussion externe entre le pédiatre et une assistante).

- *Mais donc, l'enfant qui débarque aux urgences pour un souci de négligence, de maltraitance, de carence alimentaire ou quoi, la prise en charge est classico-classique. C'est "ben voilà on est inquiets" donc on explique aux parents qu'on est inquiets par rapport à la situation, on les hospitalise et puis alors ensuite, il y a un travail qui est fait avec les pédiatres de salle, les infirmières, les psychologues pour essayer un petit peu de recadrer la chose, si en tout cas, il y a un problème. Notamment dans les cas de maltraitance, si on a une inquiétude par rapport aux parents, ben alors on fait un signalement au SAJ, ce qui est la procédure type. Et ils vont prendre contact avec les parents et la machine s'enclenche. C'est un peu l'idée. Maintenant, dans tout ce qui est négligence, on va dire ça comme ça, il y a parfois des avis extérieurs, des gens qui nous les envoient pour des bilans. Des bilans de prises de poids, neuro-développementaux, des trucs comme ça, et ça, on va faire ça chez nous en quelques jours d'hospitalisation... On refait un peu le point. Et on travaille avec l'assistante sociale, le pédiatre, les psychologues, pour essayer d'orienter cet enfant au mieux du mieux possible. <Un instant pour réfléchir> On est un petit peu démunis ici malheureusement, quoi que ça va changer parce qu'on n'avait qu'une psychologue mi-temps et donc bah du coup c'était pas très utile, le service social il est cachectique et donc du coup on n'a pas beaucoup d'aide de ce côté-là mais maintenant on se forme. Moi je me forme, j'ai des formations pour tout ce qui est maltraitance, notamment pour la maltraitance sexuelle et je suis aussi des formations notamment une qui se passe ici à Manage, avec je crois, un mercredi par mois, des symposium qui sont faits. La psychologue, ici chez nous maintenant, va travailler avec deux autres psychologues, donc on va pouvoir faire...*
- *Un roulement ?*
- *Voilà, un turn-over. Je travaille aussi avec la néonate et le bloc d'accouchement notamment pour les mamans qui sont en situation de précarité ou qui ont déjà un enfant placé ou qu'il y a déjà eu des soucis de maltraitance, et on va les accompagner du côté pré-accouchement et post-accouchement Donc ça veut dire que les néonatalogues seront prévenus que c'est un cas un peu plus compliqué. De même à la maternité, ils vont faire plus attention, il y a un suivi qui va être mis en place et puis un suivi pédiatrique qui sera fait aussi en connaissance de cause. Et donc il y aura vraiment un suivi qui sera...*
- *Qui sera plus important.*
- *Mais donc on joue vraiment sur plusieurs tableaux hein. Là on parle de la maltraitance sexuelle,.... de.....*
- *De toutes les types de maltraitance...*
- *De la prévention de la maltraitance, et puis de ceux qui débarquent aux urgences via le SAJ ou le SPJ, là, c'est des hospitalisations surtout pour mise au point.*

- Hum
- *Et puis ensuite, on regarde un petit peu la chose et on réoriente dans une unité mère-enfant, dans des pouponnières, les accompagnements à la maison... Mais bon, ça après, c'est mis dans les mains du service social.*
- Ok, et donc vous me parliez du protocole mais juste pour maltraitance sexuelle, mais donc pour un enfant suspecté d'autre type de maltraitance, il n'existe pas de protocole qui explique ce qu'il faut faire ?
- *Oui, non.... Bah ça dépend un petit peu le type de maltraitance qu'on a... il n'y a pas de protocole type mais on.... pff oui, il n'y a pas de protocole type, non.*
- Et donc dans ces cas-là, comment un nouvel engagé, un nouvel assistant ou une nouvelle infirmière, comment savent-ils ce qu'ils doivent faire?
- *Alors, par rapport à la maltraitance sexuelle, chaque fournée d'assistant, on leur explique comment il faut faire et comment fonctionne ce système là puisque nous sommes un centre de référence VIH. Et donc du coup, pour tout ce qui est moins de 72 heures avec le kit VIH, ça doit passer par chez nous et donc les assistants doivent avoir cette info car il peut y avoir jour et nuit un transfert vers notre hôpital si on a besoin du kit...On s'est arrangé maintenant avec les autres hôpitaux et chaque hôpital à son kit.*
- Ah d'accord, ok
- *Mais le kit dépend de nous. Donc généralement c'est bien géré, et les assistants ne doivent pas trop s'en soucier. Mais toute l'équipe médicale ici est au courant de comment ça fonctionne... Mais médicale, pas spécialement infirmière, puisque en tout cas, elles, en salle, elles ne sont pas aux premières loges, on va dire. C'est une prise en charge qui vient de la consultation ou de la salle d'urgence, et puis alors on en discute avec elles puisque on a un tour tous les jours le matin à 11h, et donc là on discute avec les infirmières de toute la prise en charge et en plus de ça, on a un tour médico-social le jeudi.*
- Ok
- *Tout ça est discuté avec la référente infirmière qui vient transmettre à son équipe, voilà.*
- Pour vous c'est pas un inconvénient de ne pas avoir de protocole pour les autres types de maltraitance ?
- *Au sens strict du terme, non. Pour les maltraitances sexuelles, je pense que, et c'est d'ailleurs pour ça qu'il y a eu des recherches là-dessus, ils veulent essayer de trouver un protocole par hôpital ou par réseau, pour que ce soit bien "cadenassé" et que chaque personne sache ce qu'il doit faire, et où sont tous les intervenants.*
- Oui donc à l'heure actuelle il y a encore pas mal de gens qui ne sont pas assez au courant ?

- *Je pense que des gens qui sont en dehors de l'hôpital ne savent clairement pas quoi faire... Oui, la plupart du temps ne savent pas quoi faire et c'est d'ailleurs pour ça que là, ils se tournent vers nous car ça commence à se connaître et qu'on devient plusieurs hôpitaux à être référents là-dedans et notamment à l'hôpital X, le Docteur X, qui travaille avec SOS-enfants donc on se connaît bien, on a travaillé ensemble. Du coup, dans la région de Charleroi, je trouve qu'on a un bon réseau même si ici c'est un hôpital associé à l'ULB et que moi je viens de l'UCL... Donc du coup, dans Charleroi, on se connaît tous et ça tourne facilement. On est en contact avec le procureur de Roi facilement, tout le monde se connaît un peu dans la région donc l'avantage c'est qu'on arrive à faire bouger les choses plus facilement et on sait à qui s'adresser. Mais ça, c'est parce qu'on est dans cette région-ci. Je pense qu'à Bruxelles c'est un peu plus compliqué. Quand j'entends ce qu'ils font à Liège ou à Namur, ils se connaissent tous un petit peu aussi, donc généralement ils savent gérer ça entre eux...*
- *Maintenant, toute autre chose, est-ce qu'il y a des barrières ou difficultés que vous rencontrez quand vous devez prendre en charge ce genre d'enfants? Est-ce que vous trouvez qu'au niveau structurel ou organisationnel il y a des choses qui manquent?*
- *Bah on aimerait tous avoir une équipe de rêve : avec des vrais assistantes sociales, des psychologues qui sont là tout le temps... Parce qu'en fait c'est ça qui manque, le côté médical de la chose il est quand même présent. Le bilan il est « facile », après il faut une psychologue qui fasse le bilan développemental, il faut une assistante sociale qui s'occupe du développement de l'enfant... Il faut aussi des assistantes sociales qui s'occupe d'autre chose que du SAJ. C'est-à-dire qu'il y a tellement de choses qui existent sur le marché comme des aides en milieu ouvert, que ce soit des aides précoces, que ce soit des aides à domicile, des aides à la commune, que ce soit tous ces trucs-là... Pour les familles précarisées ,...*
- *Ça ce n'est pas assez développé selon vous ?*
- *C'est développé mais le problème c'est que c'est qu'on ne les utilise pas ou alors ils sont complètement surbookés. Avant, on avait les enfants qui étaient parqués chez nous parce que justement, ils étaient retrouvés dans un milieu cra-dégueulasse, et ils passaient 3 mois chez nous... et on ne faisait rien de nouveau avec ces parents, on attendait juste le rendez-vous du SAJ et que quelqu'un se bouge au parquet, et puis l'ordonnance de placement, puis l'ordonnance du juge, ensuite le départ en pouponnière qui se faisait en 24 heures de temps. Et donc au niveau social pur, il y a beaucoup de circulaires qui ont changé, beaucoup de choses qui ont changé. Notamment il y a une circulaire qui est sortie, je pense à l'année passée, ou en 2018, qui disait que maintenant, tout enfant suspect de maltraitance ou de tout autre problème qui doit passer par un service social, il faut faire un signalement au SAJ. Le SAJ voit si, pour eux, ils ont une compétence là-dedans et s'ils se rendent compte qu'ils n'ont pas la compétence, ils transfèrent au Parquet. Et puis, le Parquet se débrouille pour ensuite mettre des mesures de placement de l'enfant ou mettre des mesures de contrainte aux parents. Et ça prend des duréeseuh....pfff.... des durées gigantesques. Parce que, si les parents ne se présentent pas au premier rendez-vous, il faut un deuxième rendez-vous et puis s'ils ne se présentent pas au deuxième rendez-vous, il faut se présenter au parquet, et puis le temps que le dossier arrive au parquet, il suffit que ça ne soit pas dans la même circonscription...Résultat, ça prend des proportions bêtes hein.... Moi j'ai déjà eu des problèmes de maltraitance sexuelle, et parce que l'enfant était domicilié dans un canton de je sais pas où et que le fait est arrivé dans un autre canton, ils devaient se passer*

le dossier entre polices et puis ensuite il fallait que le parquet du canton 1 discute avec le parquet du canton 2... Et ça prenait des proportions ou le dossier finalement il était euh....

- Un peu oublié?
- *Bah pas oublié mais mis de côté quoi.... Moi j'ai déjà eu un enfant avec clairement une notion de négligence et qui malheureusement le scénario final a été très ... L'enfant est décédé quoi. Mais...<une pause> ...le SAJ a suivi ses parents mais c'était une maman qui donnait le change, qui faisait du shopping médical et finalement qui s'est trouvée à On n'a pas eu ce suivi correctement fait par les services sociaux et cet enfant est décédé... Dans des circonstances qui... il n'aurait jamais dû décéder. Mais, on a eu des contacts avec eux,... les... les trucs ont pris du retard à mort et finalement cet enfant est resté dans sa maison et il est décédé chez lui quoi.*
- Donc pour vous au niveau des services sociaux aussi, il y a quand même un problème quoi?
- *Pour moi le problème vient simplement de l'accompagnement quoi, au niveau des services sociaux... du relais en fait. Je pars toujours du principe qu'il y a trois versants : il y a un versant justice ; contraint ou non contraint. Le non contraint c'est le SAJ et le contraint c'est le SPJ. Il y a un versant social qui va plus être un versant non mandaté qui va plutôt être...plutôt de l'aide, sans nécessité de rendre des comptes, on va dire ça comme ça.*
- Oui...?
- *Donc c'est à dire que c'est une aide mais si les parents ne veulent plus, il y a pas de SAJ ou SPJ dans le tas et puis il y a un versant médical qui est un versant qui est un petit peu ponctuel et qui est un versant de suivi, juste pour être sûr que l'enfant évolue bien. Et que donc, à partir du moment où cette mécanique foire un peu, il y a des soucis qui apparaissent. Nous, au niveau médical de la chose, bah à part surveiller la croissance de l'enfant, voir qu'au niveau de ses apports ou qu'au niveau de son psyché et au niveau neurologique ça se passe bien, on ne sait pas faire grand-chose de plus en une demi-heure de consultation ou en quatre jours d'hospitalisation...Après, l'accompagnement au niveau des services sociaux, quand on voit parfois le type de familles, qu'on se dit qu'ils viennent une fois par semaine et que l'heure elle est définie donc les parents ont le temps de ranger la maison pour que ça paraisse plus ou moins correct, c'est à ce moment-là que....*
- Ah oui...
- *Mais je pense qu'en termes de maltraitance ou de négligence, c'est hyper compliqué car il y a tellement d'intervenants...*
- Il y en a trop en fait...
- *Et il y a tellement de ... il y a tellement de problèmes alors qu'il y a pas assez de solutions ou pas assez de monde pour solutionner ça. Les déléguées, elles sont complètement submergées par leurs cas, et euh... quand je vois récemment les cas qu'on a, c'est le temps que la déléguée prenne connaissance du dossier, elle a deux permanences par semaine le matin et l'après-midi, et puis ensuite elle prend connaissance du dossier, elle accepte de faire ça puis elle doit en*

discuter avec sa directrice, ensuite elle rencontre les parents mais il s'est passé cinq jours ou six jours où en attendant... l'enfant... bah il se passe rien. Soit, ils sont motivés et alors là, ça se passe bien parce qu'on les connaît, parce qu'elles nous connaissent et alors là, voilà on arrive à trouver des solutions rapidement ou alors bah ça traîne quoi, ça traîne parce qu'on ne sait pas quoi faire, parce que... parce que... parce que ça n'avance pas, parce que les parents ne sont jamais là, qu'ils ne viennent jamais aux rendez-vous et que on a eu le cas récemment et c'était une gamine de quatorze ans qui fuguait partout, qui avait aussi eu des histoires de maltraitance, qui avait été dans un centre et machin, la déléguée ne savait plus quoi faire. Parce qu'il y avait plus rien à faire avec ces parents et cette enfant et elle était toute seule démunie avec ces 50 dossiers et c'est une gamine qui, dès qu'on proposait une aide, elle se barrait. Donc résultat : on n'avait pas la collaboration, ni des parents, ni de l'enfant.

- Donc c'est ça, il y a quand même besoin d'avoir une certaine collaboration des parents dans ces situations?
- *Moi je pense que dans l'idéal, dans l'idéal vraiment, il devrait presque y avoir une structure un peu mobile. Donc dans le meilleur des mondes, il y a ça dans certaines villes, des structures mobiles qui ont l'habitude de ça, qui gèrent ça, et qu'on peut appeler, qui vont jouer le chef d'orchestre. Je pense que parfois, voilà, il manque un chef d'orchestre, qui soit vraiment pour l'enfant et qui gère plusieurs aspects, donc c'est vraiment un acteur pour un enfant et ce chef d'orchestre puisse gérer un peu tout le bazar. Ca, ce serait vraiment dans l'idéal. Ce serait vraiment dans le meilleur des mondes mais c'est pas possible... Parce que c'est ça, il manque vraiment un chef d'orchestre, chacun fait sa popote de son côté et puis il faut tout rassembler. C'est un peu l'impression que j'en ai.*
- Donc ça c'est ce que vous aimeriez voir être mis en place? Une personne référente dans chaque cas?
- *Oui voilà, mais il faut pas spécialement que ce soit... En fait le gros problème qu'on a aussi, c'est que, dès qu'on cite le SAJ, les gens pensent qu'on va placer le gosse...*
- Oui, ça a une connotation un peu négative...
- *Voilà, donc on a un peu de mal à proposer des aides, donc souvent moi je leur ai dit « ce n'est pas parce qu'on parle du SAJ que on va placer votre gosse », seulement, on se rend compte qu'il y a des problèmes, on se rend compte qu'il y a des choses que vous n'arrivez pas à gérer, et que votre enfant en subit les conséquences, donc moi mon but c'est de vous laisser avec votre enfant, donc voilà ce que je vous propose : ça, ça, ça et ça. Et ça ce sont des trucs où on ne va pas casser du sucre derrière votre dos et on ne prévient pas les services sociaux, simplement pour vous aider et pour faire un peu le point.*
- Donc ça c'est vous qui décidez ?
- *Euh... c'est moi qui propose, oui. Toujours en accord avec les parents quand on voit qu'il y a une situation un peu... Parce qu'il faut savoir que tout ce qui est justice ou mesure de placement ou signalement, ben on n'est pas obligé de le faire nous ...par la loi. Donc par exemple, s'il y a eu un viol, on n'est pas obligé de le signaler, sauf si l'enfant est en danger.*

- Ah bon ?
- *Non, non non, donc ça, c'est bien clair au niveau de la justice. Si par exemple maintenant un enfant qui arrive et que la maman explique qu'il/elle s'est fait violer par son demi-frère du côté de chez son père et que l'enfant arrive, il a des traces de bleus, machin, mais que l'enfant n'est pas en danger, alors on peut juste expliquer aux gens et leur conseiller d'aller porter plainte mais on n'est pas obligés, nous, de porter plainte sur ce fait là.*
- Ah moi je pensais que oui.
- *Non, moi aussi je pensais à l'époque mais en fait on en a discuté avec des avocats et des juristes, et, à partir du moment où, en fait c'est ça, on est toujours dans le flou entre la non-assistance à personne en danger ou non, mais si on juge que l'enfant est en danger, on doit le faire. Mais si la mère nous explique qu'elle va rester chez elle et qu'elle va aller porter plainte elle-même, alors, nous on ne s'occupe plus de ça quoi.*
- Et comment vous pouvez juger que l'enfant est en danger ou non?
- *Voilà c'est ça le problème, un enfant arrive et il a une fracture spiroïde, fracture bizarre, les parents arrivent et ils nous disent qu'ils l'ont trouvé comme ça, on sait pas trop ce qui s'est passé, c'est des cas vécus hein, on hospitalise l'enfant, on fait le bilan, on le met en plâtre et tout le bazar. Donc là, on explique aux gens, on explique que c'est une fracture bizarre qu'on va quand même faire un petit bilan, on demande aux parents si l'enfant va à la crèche, ne va pas à la crèche, s'il est gardé par des parents, des enfants, des cousins, des cousines... Mais on pense toujours « cet enfant il a été étiré, tiré ou tenu ».... Et j'ai encore eu le cas récemment, une fracture bizarre, des parents que je connais depuis toujours. Les parents ça se passe super bien, je pense au final que le gosse s'est juste cassé quelque chose en mettant un pied dans les barreaux... Mais quand on a lancé tout le bilan de maltraitance, car on n'a pas eu le choix vu que c'était une fracture bizarre, les parents ont été choqués mais d'un autre côté ils comprenaient aussi qu'on doit exclure que l'enfant ait pu avoir un contact avec quelqu'un d'autre qui aurait eu un excès de maltraitance... Mais on n'a jamais porté plainte, à aucun moment.*
- Mais c'est ça, le bilan vous le lancez en interne et puis...
- *Oui c'est ça. Si maintenant on se rend compte que l'enfant il a une hémorragie conjonctivale dans sa tête... l'enfant, là, est en danger. Après on accuse personne, là c'est pas notre boulot. Nous on dit : « on a un enfant qui est suspect victime de maltraitance », on ne sait pas par qui, mais il l'est. Mais cet enfant, comme on ne sait pas par qui, l'enfant est en danger. Potentiellement. Donc là, on est quand même des protecteurs de l'enfance. Donc là, on va quand même travailler avec ça. Mais dans les cas de maltraitance sexuelle, c'est hyper compliqué. Et là ce que je fais, moi, c'est que je contacte SOS-Enfants, parce que eux jouent alors les chefs d'orchestre. Eux, ils ont des psychologues, des médecins, des infirmières et c'est eux qui prennent contact avec les gens et qui suivent les enfants. Eux, en fait, ils contactent la famille, donc ils font venir l'enfant avec les parents, il y a des psychologues etc. donc ils orientent les gens vers où ils peuvent être aidé. Parce que dans les cas de maltraitance sexuelle, il y a une cellule psychologique par exemple à la police, là où les plaintes sont mises en place, et en plus, il y a SOS-enfant qui va gérer. Parce que nous du côté médical, si on a exclu tous risques d'IST,*

de grossesse etc. notre boulot, à ce moment-là, il est fini. Tout ce qui est psychologique, social et juridique ce n'est plus nous. A ce moment-là, nous, on met un pas de côté, enfin plutôt en arrière, et c'est à eux de gérer. Moi je prends souvent contact avec SOS-enfants, je les préviens je leur explique que j'ai eu tel type de cas et je leur explique : il doit vous appeler et donc téléphonez-moi s'ils ne vous ont pas appelé. Parce que s'ils n'ont pas appelé SOS-Enfants, alors là, je m'inquiète aussi. Donc à ce moment-là, moi je rappelle les parents en demandant pourquoi ils n'ont pas contacté SOS-enfants. Ils me répondent : "Ah parce que tchik tchak, broil, on va laisser tomber" et moi je leur dis non, il n'est pas question de laisser tomber. J'ai déjà eu le cas de parents qui n'ont jamais appelé SOS-enfants, qui ne se sont jamais présentés, qui ne se sont pas non plus présentés au rendez-vous et c'était même dans une famille africaine, donc dans ces trucs-là c'est très cadencé et puis ils tapent bien fort sur celui qui l'a fait et puis ensuite ils disent « on laisse tomber » et moi je leur ai dit « on ne laisse pas tomber », donc moi-même j'ai fait un signalement au SAJ et c'est le SAJ qui est allé chercher les enfants dans la famille et qui a recadré tout le bazar. Parce que là, pour moi, l'enfant il était vraiment en danger. Il y avait quand même une certaine négligence par rapport à ce qui s'était passé qui était quand même des faits assez graves quoi. Donc voilà quoi. Je ne sais pas si ça répond tout à fait à la question <sourire>.

- Oui, c'est très bien <rire>. Alors au niveau plus personnel, quel est votre ressenti par rapport à ces enfants que vous prenez en charge? Comment parvenez-vous à faire la séparation entre vie privée et professionnelle ?
- *Je n'ai jamais eu aucun problème.*
- Vous ne vous sentez pas affecté plus que ça?
- *Non pas du tout. Enfin oui affecté dans le sens où les enfants sont... je suis triste de ce qui arrive aux enfants <s'éclaircit la gorge>. Mais après, quand ils sont dans nos murs, ils sont sécurisés. Après, là où je suis frustré, c'est vraiment de la lenteur administrative et de voir un enfant qui commence à faire de l'hospitalisme chez nous et qui commence à se dégrader et que nous on commence à être négligents par rapport à l'enfant. Ca, je ne veux pas. Après, j'ai plutôt un sentiment de colère par rapport aux parents et par rapport à « comment est-ce possible de faire ça ? ». Mais mon job est justement de les aider donc si j'arrive à les aider, je suis content. Après honnêtement, dans la région dans laquelle on vit, il n'y a plus rien qui m'étonne quoi.*
- C'est devenu un peu routinier ?
- *C'est pas routinier, mais avec tout ce qu'on a déjà eu, on se demande encore comment c'est possible au 21^{ème} siècle, mais c'est possible... Donc voilà, on a déjà tout vu, fin non pas tout. Je ne peux pas dire qu'on a tout vu mais en tout cas, on a vu pas mal. Ca choque les infirmières mais voilà, après il y a certains de mes collègues qui ne seraient pas capables de faire ça, parce que ce n'est pas du tout leur ressenti mais moi je suis très détaché par rapport à ça.*
- Vous êtes détaché...
- *Complètement.*

- Et vous parliez tout à l'heure d'hospitalisme, c'est déjà arrivé qu'à force qu'un enfant reste ici, vous soyez maltraitants ?
- *Oui, oui. Bien-sûr. C'est pour ça qu'il y a eu cette nouvelle circulaire qui a des points positifs et négatifs mais dans les points positifs, pour nous l'hôpital, l'enfant ne peut pas rester normalement plus de deux jours à l'hôpital. Donc on doit lui trouver, si vraiment il y a une situation de crise urgente, une place dans une structure adaptée endéans les 2 jours. Ca c'est dans les faits. Dans la réalité, ce n'est pas comme ça que ça se passe. Parfois ils restent plus longtemps. Mais on n'a plus chez nous des enfants qui restent "parqués" pendant des mois. Alors que, quand j'ai commencé il y a trois ans, il y en avait qui restaient 4, 5 mois, voire parfois plus. 2 ans même! Et donc cet enfant, à partir du moment où on a une salle hivernale de 27 lits qui sont remplis et qu'on a des gosses qui sont petits et qui ont besoin qu'on joue avec eux, qu'on parle avec eux, de sortir de la structure hospitalière, bah là, on fait de l'hospitalisme mais c'est des enfants qui régressent psychologiquement. Là, on ne s'en sort plus.*
- Mais c'est par manque de moyens ça?
- *Ce n'est pas par manque de moyen à l'hôpital. C'est par manque de moyen de sorties en fait. C'est parce qu'il n'y a pas de place en pouponnière... On a encore eu le cas avec des frères et sœurs. C'était deux enfants et il faut trouver une place pour les deux car on ne peut pas les séparer.*
- Pourtant le SAJ a déjà séparé des fratries...
- *Oui il le fait mais il essaie de ne pas le faire. Pff, parfois quand on trouve des places à Tournai et l'autre à Chimay, et oui, les parents sont un peu "neuneu", mais d'un autre côté ils aiment leurs gosses quoi. Alors oui ils sont négligents, ils ne sont pas capables de s'occuper de leurs gosses mais ils les aiment quoi et ils ont envie de les voir donc euh on prend des mesures par rapport à ces gens pour essayer que les enfants grandissent, qu'ils soient plus gérables par les parents, soient moins turbulents, ... Surtout que la plupart du temps, ils ne sont pas motorisés donc là il y a un lien familial qui ne se fait pas et à ce moment-là, on est complètement paumés parce que on doit attendre longtemps des places dans des pouponnières proches d'ici, ou des solutions pour des frères ou des sœurs ou alors on a eu le cas d'un enfant avec une maladie génétique rare et cet enfant avait été abandonné en néonate et on ne trouvait aucune structure pour les enfants handicapés. Donc il n'y avait aucune structure adaptée qui existait qui s'occupait d'enfants ou de familles handicapées. Donc du coup, cet enfant était parqué à l'hôpital. Il avait des soins qui devaient être faits, il avait une sonde de gastrostomie, il avait des aspirations, plein de choses à faire... et il n'y avait aucune structure possible pour cet enfant. Parce qu'il était trop petit. Et donc, il était vraiment dans une zone grise. Rien n'existait. Et donc c'est comme ça pour quelques cas en Belgique, on a dû attendre qu'il grandisse un peu ou qu'une famille veuille bien accepter de l'avoir ou qu'il y ait un passage de transition dans un centre style euh...Je ne sais plus ce que c'était... Clair Vallon ou un truc comme ça, avant qu'il puisse passer dans une famille d'accueil ou le temps qu'il grandisse quoi. Donc c'est quand même des trucs ..euh... <choqué>*
- Et vous n'avez pas le pouvoir de faire bouger les choses pour créer ce genre de centre ?

- *Ca demande des moyens, des ressources, du personnel, ça demande des bâtiments,... Et ça c'est hyper-complicé. Nous, on a l'auberge du Maréchal Ney ici, qui compte quand même une quarantaine d'enfants mais qui ne peuvent pas être malades, qui ne peuvent pas avoir des médicaments qu'on donne tous les jours quoi. Je me rappelle encore le cas d'un enfant épileptique qui devait prendre un sirop de Dépakine©, qui avait fait une convulsion parce que son sirop était sous-dosé ou je ne sais plus quoi, et donc il a dû prendre un autre médicament et ils n'ont pas voulu qu'on leur envoie ... Parce qu'il avait deux médicaments qu'il était à risque de faire des convulsions et que ça choquait tout le monde. Donc c'est...voilà... il y a des structures qui existent mais c'est jamais assez parce que il y en a toujours trop, toujours trop d'enfants.*
- Et même dans d'autres régions de Belgique ?
- *Bah... à Bruxelles, je m'en suis jamais vraiment occupé parce que je gère surtout les choses ici mais par exemple, à Bruxelles, les structures pédopsychiatriques c'est la catastrophe hein. Et ici on a Van Gogh, mais Van Gogh, ils ont des pédopsychiatres mais ils commencent à 16ans... Et on n'est pas pédopsychiatre à 16 ans hein, on est pédopsychiatre quand on s'occupe de gosses de 7 ans, de 8 ans, des gosses qui ont été violés pendant 5 ans et qui ont 9 ans maintenant. Ce n'est pas d'un pédopsychiatre qui s'en occupe à 16 ans qu'il a besoin, c'est d'une structure spécialisée là-dedans quoi. Et c'est une prise en charge qui va se faire durant des longues périodes, qui ne seront pas spécialement médicalisées mais il faut qu'il y ait une prise en charge qui soit faite. Mais là, on est complètement démunis, ça c'est sûr.*
- D'accord
- *En pédopsychiatrie en Belgique, c'est une catastrophe. Une vraie catastrophe... <un instant>, à part dans les vraies structures universitaires où là il y a plus. A Érasme, il y a une unité de crise, à St Luc aussi, mais chez nous, il n'y a rien.*
- Dans notre région, il n'y a rien quoi ?
- *Rien, rien. Fin si, il y a des pédopsychiatres, mais qui ne sont pas accessibles.*
- Vous, vous n'avez pas de pédopsychiatres dans votre unité ?
- *Ah... non. Non, des psychologues dont une psychologue mi-temps et maintenant il va y avoir une nouvelle psychologue mais les pédopsychiatres sont à Van Gogh, donc dans notre intercommunale mais je vais prendre l'exemple d'un enfant qu'on a eu récemment, il vivait dans une institution la semaine et retournait le week-end chez ses grands-parents car il y avait une notion d'enfant secoué. Un père qui sort de prison pour des faits comme ça, la mère qui est aussi complètement "neuneu" et donc complètement maltraitants pour l'enfant parce que le père sort de prison et l'enfant est complètement perturbé, comme il a été secoué, il est un peu autiste et la mère c'est une ...pfff... le fond du panier quoi. Et cet enfant qui vit chez sa grand-mère au milieu de tout ça, il est poly-médiqué, par on ne sait pas quoi, il n'a jamais eu un suivi pédopsychiatrique et cet enfant débarque aux urgences parce qu'il tape sur tout le monde ... et donc voilà quoi, on ne sait rien faire avec ça. Donc là, on est négligents par rapport à lui parce qu'on ne sait pas l'aider. On ne sait pas l'aider. La première fois, on l'a renvoyé à la maison en disant : « Bah voilà les contacts à Van Gogh avec le pédopsychiatre », ils ont téléphoné, ils*

n'avaient pas de place avant des mois, ils sont revenus le lendemain aux urgences, il a été hospitalisé une semaine et on a dû trouver des solutions. Donc euh... non c'est.... sportif <rire>.

- Tout à l'heure vous me parliez des parents justement, comment vous arrivez à gérer avec eux? Vous arrivez à rester professionnels et directs ?

- *C'est ça. C'est professionnel et direct. Il y a des parents avec qui ça passe, d'autres avec qui ça casse. Il y en a beaucoup avec qui ça passe, après beaucoup avec qui on a eu des conflits qui ne pouvaient pas entendre certaines choses, notamment, surtout dans les problèmes de maltraitance sexuelle où on découvre qu'un enfant a un frottis vaginal positif à un gonocoque... Ben elle ne l'avait pas attrapé sur la lunette de la toilette quoi. Et que donc, du coup, à partir du moment où il y a un mec dans la famille, maman, et que ce beau père a un fils, et qu'on voit cette enfant débarquer avec du gonocoque dans sa vulve, on a un peu de mal à penser que c'est quelqu'un d'autre que le beau-père ou le fils qui lui a refilé. Alors moi je reste toujours professionnel, je n'accuse personne mais c'est une maladie sexuellement transmissible et qu'elle a quand même du attraper quelque part. Et donc, quelqu'un a du faire quelque chose, mais je ne sais pas qui et je n'accuse personne. Donc ce gars s'est excité en disant : « Je ne l'ai jamais touché », j'ai dit « Je ne vous accuse pas », mais ce type a pété son câble et j'en ai discuté avec lui après parce qu'on a découvert le fin mot de l'histoire et c'était un compagnon transitoire de la mère qui avait probablement violenté et violé sa petite fille et je lui ai dit : « Mais comment voulez-vous que moi, en tant que médecin, je puisse penser à des histoires aussi rocambolesques que ça? Moi je vous explique juste que votre enfant a une maladie sexuellement transmissible, vous vous êtes sentis concernés mais ça voilà, moi je vous ai juste expliqué ce qu'il s'était passé ». Après il y a des parents qui sont choqués de la possibilité de maltraitance, qui se remettent en question sur plein de choses ou qui essaient de trouver autour d'eux ce qui aurait pu se passer. C'est le cas de la petite qui avait sa fracture de la jambe, qui était une fracture bizarre, que je vois toujours en consultations mais on ne saura probablement jamais le fin mot de l'histoire...Mais il s'est plus jamais rien passé donc euh.. voilà. Et puis il y a d'autres gens avec qui il faut essayer de les faire avouer, cet aveu de faiblesse, de leur faire comprendre qu'ils ont besoin d'aide et par nos démarches psychologiques et développementales, quand on leur explique que leur enfant qui a deux ans a un développement d'un gosse d'un an, qu'elle marche pas, qu'elle tient à peine assise, qu'elle sait pas dire deux mots et qu'elle s'exprime pas, bah on leur dit que c'est peut-être qu'à un moment, il va falloir commencer à travailler la relation avec l'enfant. On l'a déjà dit: « Madame, on vous propose une unité SAJ, une unité mère enfant, on propose que des gens viennent à la maison » et la mère s'est énervée en disant qu'il était hors de question que quelqu'un vienne chez elle et qu'elle n'en avait rien à foutre. Donc je lui ai dit : « Bah alors madame, on va devoir placer votre gosse si vous n'êtes pas d'accord ». Et là, quand on leur dit quelque chose clairement, ils commencent à comprendre...Mais c'est un travail de tous les jours hein. Mais oui, on a parfois des difficultés avec les parents mais je pense aussi que comme on est un milieu un peu neutre, on n'a pas encore cette étiquette de « Je vais placer votre enfant », on arrive à avoir un dialogue. Car notre but n'est pas de placer le gosse et là ça fait tilt dans leur tête et ils se calment. Mais il faut cet espèce d'aveu de faiblesse parce qu'ils voient qu'il y a une évolution et que l'enfant va mieux quand il est resté longtemps chez nous et donc ils se rendent bien compte que quelque chose ne va pas, et quand on les met face à leur vérité et qu'on constate, ils ne savent pas dire autrement.*

- Et c'est arrivé que des infirmières vous appelle car elles sont en première ligne face aux violences parentales ?
- *Ah oui oui, on a déjà eu un père qui tabassait la mère dans la chambre et là c'était les gardes, les machins qui sont venus en renfort, on a prévenu les psychologues, etc. Oui oui on a déjà eu des cas comme ça, bien-sûr.*
- Et vous ça ne vous affecte pas ?
- *Pff, non, moi je passe complètement au-dessus. Mais on a déjà eu des bazar de fous hein, des trucs avec des policiers qui venaient garder la chambre...*
- Ah, à ce point-là ?
- *Ah oui oui, on a déjà eu des trucs de dingue. Moi je suis beaucoup en contact avec la police pour tous ces trucs-là, on pourrait écrire un bouquin avec toutes ces histoires... Mais c'est de la gestion, de la gestion de tempérament et on se fait parfois aider par les gardes parce qu'on n'a pas d'autres solutions et quand on n'a pas de solutions, bah voilà quoi. C'est pour ça qu'on a ce système en Belgique d'aide proposée et d'aide contrainte. A partir du moment où des parents sont très limités, qu'ils ont un gosse cra-dégueulasse et que l'enfant a un développement de 12 mois alors qu'il a trois ans, que cet enfant ne mange pas de morceaux, qu'il mange de la grenadine, des chips, du ketchup et des frites...bah clairement on ne sait pas... fin si les parents ne se rendent pas compte et qu'ils n'acceptent pas un suivi....*
- Vous ne savez pas faire de miracles...
- *Voilà exactement, on ne sait pas faire de miracles. On est obligés de passer à cette étape là mais on essaie de d'abord faire un gros travail et s'ils ne comprennent pas, bah pas le choix...*
- Dans la littérature, on parle beaucoup qu'il y a un manque de signalements à l'heure actuelle, que ce soit en externe ou en interne à l'hôpital, selon vous, pourquoi?
- *Parce que les gens ne savent pas... Ils ne connaissent pas. Ils ne savent pas comment on doit faire pour signaler. Moi j'en parle avec mes collègues ou même avec d'autres collègues d'autres hôpitaux, ou assistants, ils ne savent pas qu'il y a un modèle type de signalement SAJ, qu'il faut bien remplir le papier dedans, qu'il faut le faxer à tel endroit, téléphoner à telle personne, qu'il faut les opprimer, qu'il faut avoir une ordonnance ou une apostille du juge pour pouvoir garder l'enfant au cas où... Tous ces aspects légaux, ils ne les connaissent pas.*
- Et vous parlez pour qui à ce moment-là ? Les gens extérieurs ?
- *Non non, pour le personnel de l'hôpital.*
- Ah donc il y a un manque de connaissances à l'hôpital aussi?
- *Ah bien sûr ! C'est d'ailleurs pour ça qu'on essaie de faire des réunions maintenant avec le SAJ, les acteurs sociaux, les acteurs médicaux pour essayer d'avoir des équipes qui s'y connaissent un peu. Parce que si on n'a pas des équipes où on s'y connaît un peu, il y a certains*

hôpitaux où je suis allé, ils ne savent pas que.... fin ce n'est pas qu'ils ne savent pas mais ils pensent qu'il n'y a que le SAJ, SPJ et qu'il n'y a pas d'autres aides possible. Et qu'ils ont parfois une personne référente mais que quand ça tombe sur la personne qui n'est pas référente, ils sont un peu paumés quoi. Ici, on a de la chance qu'on a un ancien pédiatre de l'hôpital X qui était référente et moi j'ai eu la chance de travailler avec elle, et on a de la chance qu'une autre à l'hôpital Y ait repris le flambeau donc en fait c'est un réseau qui fonctionne très bien mais...mais, en terme de manque de signalements, avec la nouvelle circulaire malheureusement, ce qui m'a été conseillé par le procureur du Roi, c'est de faire même un double signalement quand on est vraiment inquiets, pour bypasser le SAJ et qu'il y ait une note écrite au Parquet. Pour être sûr d'avoir des traces écrites, en tout cas, dans les situations gravissimes. Mais en tout cas, en termes de signalement SAJ, je pense que la plupart du temps, il n'y a pas beaucoup de discussions psycho-médico-sociales qui se font, et en tout cas, malheureusement dans notre hôpital qui est un hôpital censé être civil, on n'a pas d'équipe psycho-médico-sociale qui tiennent la route donc là, on ne sait pas faire beaucoup de signalements. Mais ça ne m'étonne pas qu'il n'y ait pas beaucoup de signalements. Parce qu'on essaie parfois de résoudre les problèmes autrement mais bon parfois il faut s'y résoudre quoi.

- Et pour les personnes externes? Que ce soit des médecins généralistes ou autres en contact avec la petite enfance?
- *Ils ne savent pas gérer des enfants. C'est triste ce que je vais dire là mais ils ont ¼ d'heure montre en main pour faire une consultation....Euh.... souvent, fin souvent...c'est le genre de trucs qui les emmerde quoi, donc ils les renvoie à la salle d'urgence, et ils ne se posent pas plus de questions. Et que, s'ils les envoient à la salle d'urgence mais que les parents n'ont pas fait la démarche d'aller à la salle d'urgence, ils sont perdus dans la nature. Alors il y en a qui sont très compétents et qui savent sonner la sonnette d'alarme, et ils nous préviennent et là on met la machine en route. Mais il faut déjà qu'ils acceptent de voir des gosses, première chose. Deuxième chose, qu'ils soient aussi interpellés par la situation et c'est pas en ¼ d'heure qu'on arrive à être interpellé par la situation, c'est souvent des jeunes enfants donc ils n'ont pas souvent à faire à des jeunes enfants, c'est plutôt dans les ONE, les écoles, les PMS et les choses comme ça qu'il faudrait plutôt faire quelque chose mais on se rend compte qu'en fait le social, ça fait chier les gens. Faut dire les choses comme ça. Dès que ça devient social, c'est des milieux que les gens ne connaissent pas bien et donc du coup, commencer à s'immiscer là-dedans, bah ils ont peur de l'étiquette qui va être posée sur l'enfant ou sur les parents, et il ont peur aussi de l'étiquette qu'on va mettre sur leur tête, et donc les PMS souvent ...pfff... ils sont quand même pas hyper proactifs. Dès qu'on a des enfants plus âgés et qu'on contacte les PMS, pouf, ils sont étonnés....*
- Ils ferment un peu les yeux donc?
- *Ce n'est pas qu'ils ferment les yeux, c'est juste que pour eux, bah ce n'était pas "obvious", ce n'était pas inquiétant, ce n'était pas...voilà... et puis quand on leur dit tout ce qu'il s'est passé ils disent : "Ah oui, quand même?"... Donc euh, donc voilà, maintenant dans les acteurs extérieurs, je pense que.... ça a été développé hein, pour les maltraitances sexuelles, il y a un site qui a été développé, moi je n'étais pas du tout d'accord que ce soit ouvert au grand public mais ça l'est. Et c'est un site où on a pratiquement toute la marche à suivre au cas où.... Bah voilà, il y a eu 500 visites sur un mois, les gens ne vont pas visiter ce site, parce qu'ils ne sont pas au courant que ça existe...*

- En même temps, on n'en parle pas tant que ça...
- *Non mais ils reçoivent des courriers mais ils ne les lisent pas, il existe plein de structures de maltraitances mais ils ne les lisent pas non plus. C'est quelque chose qui malheureusement je pense, est dérangeant, et donc du coup, si on ne connaît pas ou si on ne sait pas ce qu'on doit faire, on est vite à reléguer ou à fermer les yeux où à ... et que c'est quand même des démarches qui prennent du temps. Faire un signalement au SAJ, ça prend du temps. Il faut contacter le SAJ, aux heures où ils sont disponibles, il faut faxer une demande de signalement, une demande de prise en charge. Il faut contacter un hôpital éventuellement pour proposer une prise en charge. Moi je le fais avec des potes médecins traitants par réseaux sociaux parce qu'on discute entre nous et s'ils sont inquiets et que c'est des patients qu'on a en commun, on sait organiser la chose parce que eux sont « jeunes » et ont envie d'un peu s'immiscer là-dedans mais dans des médecins traitants, il y en a beaucoup qui tombent des nues quoi...*
- Mais il n'y a pas que les médecins qui peuvent faire ce signalement?
- *Non, non non.*
- Donc un voisin qui aurait entendu des choses pourrait le faire quoi?
- *Oui, mais c'est des gens qui ont peur des représailles hein.*
- Pourtant c'est anonyme?
- *Pff... oui mais bon, si on recoupe tout, si c'est des maisons mitoyennes et que ça gueule, c'est pas celui qui est quatre maisons plus loin qui a signalé quoi.*
- Oui mais je parle d'un voisin, ça pourrait aussi être à l'école ou quoi ?
- *Oui mais regardez où en sont les écoles ... C'est une catastrophe. Il y a 30 enfants par classe, les cours de récré, il y a de plus en plus d'harcèlements, de plus en plus de maltraitance, de tabassements à l'école. L'école est devenue une vertu éducative, si ... si on devait signaler à tous les services sociaux, tous les enfants à problèmes dans la région, je pense qu'ils seraient encore plus que débordés. Donc euh.. il y a parfois des cas comme ça qui arrivent hein, mais quand je vois parfois ce qui se passe dans les écoles pour l'instant, c'est... c'est... ce n'est plus possible. Les PMS sont débordés, parce que les parents ne savent plus éduquer leurs gosses, et donc du coup, ils pensent que l'école va éduquer leurs enfants et donc du coup les enfants sont un petit peu livrés à eux-mêmes dès qu'ils sont en dehors de l'école. Donc à l'école, ils arrivent à avoir un pseudo-cadrage mais ce qu'il se passe dans les cours de récréation et ce qu'il se passent en dehors des cours c'est compliqué pour les enseignants et les PMS, de voir ça dans des structures aussi grosses. Donc je pense que c'est à partir de ce moment-là, où les acteurs de soins ont parfois cette sonnette d'alarme qui apparaît. Mais c'est compliqué vraiment... Quand on voit parfois des enfants de 3-4ans, qui sont petits et quand on va poser la question à l'école c'est « oui il a parfois les mêmes habits 3, 4 fois, parfois dans sa boîte à tartines ça a pas l'air d'être super canon » mais ils ne s'inquiètent pas plus que ça quoi. Souvent le problème qu'on retrouve, c'est des gens qui n'ont plus de repères... Ce qu'on dit beaucoup, enfin en médecine pédiatrique, c'est qu'avant on avait l'avantage d'avoir cette espèce de vraie essence familiale, donc souvent ce n'était pas des familles recomposées, ici c'est beaucoup de familles*

recomposées et donc les grands parents avaient encore une vertu éducative avec les parents, avec les enfants et donc il y avait une structure qui était faite en intrafamiliale, qui pouvait être positive ou négative. Et il y avait quand même une certaine éducation qui se faisait. Maintenant, on a des couples qui se forment de plus en plus jeunes, qui font des enfants de plus en plus tôt, qui sont livrés à eux-mêmes dans des services sociaux de CPAS, de Veuve-Noire, de Mutuelle, de chômage, de machin... C'est des gens, qui, leurs vie est centrée autour de leur Iphone, de leur télé et de leur fricadelle et donc du coup, qui laissent tout faire parce qu'eux ont eu cette espèce d'éducation « à la dure » et qu'ils ne veulent plus faire ça pour leurs enfants et donc du coup, les enfants passent leur journée devant la télé et il n'y a plus aucun contact qui est fait et on dit à ces enfants de se tenir plus ou moins dans le rang quand ils sont à l'école alors qu'à la maison, c'est « vis ta vie ». Pourquoi est-ce que les émissions comme « Super Nanny » et « Échange ta maman » se font à la télé ? C'est parce que c'est la vraie vie. C'est 80% des cas hein. Quand je vois le nombre de gosses qui sont calés devant la télé du matin au soir, qui sont infernaux, qui ont des régressions au niveau développemental et qui ont des autismes virtuels et des choses pareilles, c'est affolant. Des gosses qui ont des retards de langage, et des retards de développement à cause de tout ça et on demande à l'école de les éduquer, ce n'est pas possible.... Et donc pour moi, il y a un travail gigantesque à faire au niveau de l'accompagnement des parents. Et beaucoup nous en parle quand on en discute en consultation, quand ils ont un enfant dans les bras, ils sont livrés à eux-mêmes... Ils ne savent pas comment gérer cet enfant de A à Z. C'est à dire qu'ils ne savent pas ce qu'ils doivent faire quand l'enfant a de la fièvre, quand l'enfant tousse, quand l'enfant a de la diarrhée... Ils ne savent pas que les écrans ce n'est pas bon, que les réseaux sociaux ne sont pas bons, ils ne savent rien de tout ça. Et quand on en discute avec eux, ils tombent des nues la plupart du temps, et on leur dit... moi je leur dit : « Ce n'est pas à l'école qu'ils vont apprendre à votre gosse à ne pas être hyperactif hein ». L'hyperactivité, à l'heure actuelle, c'est un problème de parent, pas un problème de maladie. Et donc du coup, on en est à perdre ce côté « repère » des parents et donc du coup, on a 80% des gosses, qui, à l'école n'ont plus beaucoup de repères quoi... Et donc là-dessus, si on en revient à tout ce qui est social, comment voulez-vous repérer dans la masse, celui qui a besoin de plus qu'un autre de ce suivi ? Parce qu'on ne sait pas ce qu'il se passe à la maison, on ne sait pas si l'enfant est lavé 1 jour/2, on ne sait pas si ses vêtements sont lavés. Parfois des gosses viennent avec les mêmes vêtements 3 fois mais les enseignants ils ont 30 gosses, ils ne savent pas voir que le petit Kevin il a 3 fois le même caleçon ou que son caleçon est plein de caca, ils ne savent pas le voir... Ils ne savent pas voir que l'enfant a été maltraité et violé ou qu'il est plein de bleus, il n'en parle pas... Ils ne regardent pas toujours ce qu'il y a dans la boîte à tartine donc... Il ne sait pas que ce gosse, dès qu'il rentre, son père tape sur sa mère et sa mère le tape devant la PlayStation et qu'il est tout content parce qu'il peut jouer à « Fifa »... Ils ne le savent pas.... et que parfois il reçoit deux-trois claques dans sa figure... Donc, c'est très très compliqué je pense, la maltraitance, et de savoir par quel bout la prendre... En tout cas, de savoir quels intervenants devraient pouvoir intervenir... Parce que, surtout dans les familles précarisées, et pas seulement dans les familles précarisées, on est dans une génération virtuelle. Donc maintenant, tout passe par les écrans, par la télévision, tout passe par là. Et tout est cadennassé, masqué, tout est dans le superficiel. Dès qu'on commence à creuser un peu la façade et qu'on se rend compte que tout s'effrite, c'est à partir de ce moment-là qu'on peut rentrer dans la maison. Mais sinon, les signaux d'alarmes, ils ne sont pas toujours là hein. Et quand dans ces écoles, qui sont plus en plus remplies, avec de plus en plus d'élèves, qui sont dans la même situation, moi j'ai déjà entendu des enseignants qui disent : « Est-ce que je peux commencer moi à m'inquiéter d'un gosse qui a 3 fois le même caleçon ? Qui je suis pour dire aux parents que leur gosse a trois fois le même caleçon ? »

- Oui, et en même temps, si tout le monde se dit ça, personne ne bouge...
- *Oui, bien sûr.... Mais donc voilà où on en est. Quelqu'un d'autre le dira... Je n'ai pas envie de faire scandale, et si après je fais scandale.... On l'a bien vu hein, il y avait une histoire de suspicion de maltraitance sexuelle à Bruxelles. Il y a quelques mois, ça a fait un scandale où ils ont dû fermer l'école, à Schaerbeek je crois, où ils ont été faire des manifestations devant, un médecin légiste a été examiner la gamine machin et puis on s'est rendus compte qu'il ne s'était rien passé... Et les parents s'insurgeaient et voulaient balancer des pierres sur les enseignants et tout quoi. Ca a été déclaré dans la presse... donc ça ne m'étonne pas que les enseignants ils fassent pipi dans leurs pantalons et qu'ils ne disent plus rien à personne quoi. Donc oui, non, on n'est pas aidé.... Vous êtes enseignants, vous signalez quelque chose, le PMS voit l'enfant, il déclare que tout va bien, que les parents sont corrects et on ne va pas plus loin... Deux mois après la situation se représente, qu'est-ce qu'on fait? Donc voilà où est le problème... Donc pour moi, les acteurs principaux c'est les parents en tant que tel qui doivent être, je vais pas dire maternés, mais accompagnés et aidés dans leurs démarches, c'est pour ça qu'il y a l'ONE. Mais l'ONE a maintenant de plus en plus un côté ancestral, âgé, des conseils de grand-mère qui sont mauvais pour la plupart du temps et donc l'ONE a une sale réputation... Et l'ONE, c'est devenu à la chaîne quoi. C'est tous les gosses qui sont cul à l'air et puis bam bam bam, on les vaccine tous et on ne discute même plus avec les gens, sauf dans certaines ONE où vraiment c'est des bonnes personnes, sinon, d'autres où les parents m'ont dit : « J'y ai mis une fois les pieds mais plus jamais de ma vie quoi » donc voilà. Pour moi les ONE doivent vraiment être vigilants à ça. Les PMS de l'école doivent être vigilants à ça, les acteurs de soins de santé comme les pédiatres et gynécologues surtout, et les néonatalogues doivent être conscientisés de ce genre de trucs là . Moi je sais qu'il y a plein de patients que je suis où il y a des services sociaux qui sont en place, que moi je suis en contact avec les services sociaux et que quand je commence à être inquiet, j'explique aux gens qu'il y a des solutions qui existent, je ne les envoie pas spécialement vers les services sociaux mais je n'entends plus parler d'eux et que je ne sais pas ce que devient cet enfant et que je vois qu'il a une grosse cassure de courbe de croissance et que l'enfant est cracra dégueulasse, je fais un signalement. Je n'hésite pas à le faire. Je n'hésite plus à le faire.*
- Au début de votre carrière, peut-être un peu plus ?
- *Pff, oui au début... Oui, mais maintenant je n'hésite plus quoi. Parce que voilà si les parents ne comprennent pas, c'est pas au gosse à subir les conséquences quoi.*
- Je voulais savoir aussi si durant votre formation de pédiatrie, vous avez suivi des formations sur la maltraitance ?
- Non.
- Jamais ?
- *Non jamais. Dans le schéma classique de base, non. Maintenant j'ai été faire des stages où il y avait justement une unité spécialisée dans la maltraitance donc là on a appris des trucs. On a eu des cours de formations sur la relation etc... c'est de la couillonnade... Ca ne nous a pas vraiment aidé et on le voit bien, les assistants ne connaissent pas tout ça. On ne leur a pas enseigné tout ça. Après ça dépend s'ils vont dans des hôpitaux type Z où ils sont spécialisés là-*

dedans, où à X, Y, là oui, il y a une approche qui est faite. Mais bon, pas une formation spécifique de ça.

- Donc vous c'est parce que vous avez suivi des formations en externe que vous connaissez ces choses?
- *Ce n'est pas dans les formations de base et on a retiré un an à la médecine donc euh... On ne fait plus médecine qu'en 6 ans donc ce n'est pas La pédiatrie c'est, dans la formation médicale de base, c'est un peu le rejeton quoi hein. Ça va intéresser de toute façon que 40 personnes sur l'auditoire, les cours c'est de la pédiatrie basico-basique ou parfois beaucoup trop spécialisée et tous les aspects sociaux et pédiatrie générale, ne sont que abordés et survolés. On le voit bien, quand les assistants viennent chez nous et qu'ils assistent à une consultation de pédiatrie générale, ils sont comme ça hein <fait une mine choquée>. Ils ne connaissaient pas toutes ces choses-là, toutes les choses auxquelles il faut faire attention, on ne sait pas ce que c'est.*
- Et vous trouvez ça normal?
- *Ah pas du tout... C'est parce que moi je prêche pour ma paroisse, je suis en pédiatrie et que j'aimerais bien que la pédiatrie soit plus développée dans la formation de base. Mais on le voit dans tout, la pédiatrie est un peu le vilain petit canard parce que les adultes ça représente 80% de l'auditoire, la pédiatrie 20%. Donc à quoi bon devoir parler de pédiatrie, qui n'intéresse personne ? Et puis dans les cinq années de spécialisation en pédiatrie, bah on est assistants donc les assistants, ils font les lettres d'hospitalisation, ils envoient les gosses aux urgences, en consultations, ils les voient en salle, ils apprennent tant que possible mais il faut leur donner le temps pour apprendre. Et donc, dans leurs formations, j'espère qu'ils peuvent avoir des formations comme ça... Ici, moi je ne sais pas parce que je suis du réseau UCL, ici, on est dans le réseau ULB mais je ne pense pas qu'ils ont dans leurs formations, des formations de maltraitance, non.*
- Et selon vous, ce serait utile?
- *Ce n'est pas utile, c'est même nécessaire. Puisque ça fait partie du travail de pédiatre. C'est un des versants de la pédiatrie.*
- Et le fait d'avoir suivi des formations en externe, vous vous sentez plus à l'aise et plus préparé pour la prise en charge? Elles parlent de quoi vos formations?
- *Bah donc en fait, ces formations c'est avec tous les acteurs qui sont sur le terrain. Donc, les psychologues, les assistantes sociales, les éducateurs, les médecins, des pédiatres, l'ONE et tout le pays francophone pour développer la maltraitance avec des séminaires, des symposium, des journées d'éducation là-dessus. Et oui bien sûr, ça nous aide à savoir ce qu'on peut faire, ce qu'on ne peut pas faire... A savoir comment est-ce qu'on fait certaines choses... On a eu récemment une réunion avec un médecin légiste, une substitut du procureur du Roi, avec des déléguées SAJ et des médecins de toute la région ici, pour ne fût-ce que savoir comment on gérait un set d'agression sexuelle, ce qu'on devait faire, ce qu'on pouvait faire. Parce qu'il faut savoir que le set d'agression sexuelle, c'est le légiste qui est requis par le Parquet pour pouvoir le faire, c'est rarement des pédiatres ou gynécologues, mais d'un autre côté, nous pédiatres,*

dans la protection de l'enfance, il y a des choses qu'on doit faire pour exclure les maladies sexuellement transmissibles, pour exclure le fait que la fille soit enceinte et tout ça... Qu'est-ce qu'on peut faire ou ne pas faire? Où est-ce qu'on va marcher sur les plates-bandes du légiste, qu'est-ce qu'on peut faire et qu'est-ce que le légiste peut requérir comme prélèvements pour son dossier à lui ? Donc tout ça c'est hyper intéressant mais bon, il y a que moi qui y vais. Je le signale à mes collègues après en leur expliquant, en faisant une contre formation pour leur expliquer à eux mais

- Les infirmières par exemple, n'ont pas le droit d'y aller?
- *Si, elles peuvent y aller. Bien sûr. J'aimerais qu'idéalement on puisse y aller avec les infirmières mais comme moi je ne suis là que depuis 3 ans, c'est un ancien pédiatre qui s'occupait de ça avant, qui avait beaucoup trop de trucs à gérer et qui ne s'en occupait pas plus que ça et donc, qui a passé la main. Et moi, je commence à essayer de développer un peu ça, j'attends avec impatience qu'il y ait, parce que pour l'instant il y a trois centres pilotes en Belgique pour les maltraitements sexuels, c'est Anvers, Liège et Bruxelles, je pense, et on attend avec impatience qu'il y ait un centre de référence qui se crée dans la région, que ce soit ici où à l'hôpital X... Mais donc, ça veut dire que s'il y a quelque chose au niveau maltraitance sexuelle, on peut l'orienter aussi et donc là ce serait intéressant parce qu'on aurait vraiment des gens avec qui on peut parler, qui ont déjà un pied dans la justice et dans tout ce qu'on peut faire ou ne pas faire.*
- Ok merci. Alors au niveau de la collaboration interdisciplinaire, vous en avez déjà brièvement parlé mais quand l'enfant arrive, pouvez-vous m'expliquer quelles sont les missions de chacun et comment se passe l'accueil?
- *Bah donc... En terme pluridisciplinaire, ça dépend toujours du type de maltraitance. C'est à dire que si c'est une maltraitance sexuelle, c'est huilé quoi. Donc, on essaie d'accueillir l'enfant dans de bonnes conditions, pas au milieu d'une salle d'urgence, dans un endroit où on peut discuter. On essaie que le superviseur soit prévenu si c'est en journée ou en tout cas le soir, donc il faut que l'enfant soit vu avec le superviseur, donc avec un pédiatre qui a quand même un peu de bouteille par rapport à ça, qui est bien au courant de toute la prise en charge. Donc l'enfant est vu seul, puis ensuite avec son parent et puis s'il est hospitalisé, ça c'est pour la maltraitance sexuelle, la psychologue est mise en route. Maintenant, par rapport à tout autre type de maltraitance, bah on discute avec nos psychologues, nos radiologues, nos ophtalmologues, nos assistantes sociales pour tout le bilan et ça se fait relativement facilement. Donc là, on sait à qui s'adresser quoi, fin voilà on a l'habitude chez nous et on sait vers qui se tourner. Moi je sais que dès qu'il y a un cas de maltraitance sexuelle, même le week-end, je reçois un message de mes collègues me disant : « Voilà il s'est passé ça, on a fait ça, ça. Est-ce que ça te va ? Oui, non ? Est-ce que tu veux la rencontrer en consultation, oui, quand? » et donc voilà on fait ça comme ça...*
- Donc il y a le médecin, le psychologue, l'assistante sociale, le légiste uniquement dans les cas de maltraitance sexuelle?
- *Oui voilà, où alors vraiment dans les cas graves. Si jamais on a des bleus ou quoi... Je vais prendre un exemple aussi, c'était un gosse qu'on a retrouvé dehors, qui a été amené par une ambulance car il a été retrouvé au bord de la route avec la police et là bah voilà tout a été mis*

en place, cet enfant a été hospitalisé chez nous, on a accueilli les parents, on ne l'a pas laissé repartir chez les parents, on a discuté avec la police, avec le SAJ, avec tout ce qui tournait autour de cet enfant pour qu'il puisse partir dans les meilleures conditions et donc là tous les acteurs ont joué. Mais sinon, dans la relation pluridisciplinaire, parce que c'est la question, ça dépend vraiment de l'enfant et ce qu'il s'est passé mais on va dire qu'on essaye de garder un pseudo-chef d'orchestre...

- Qui est?
- *Qui est normalement le pédiatre référent de la semaine. Donc on a normalement un pédiatre référent par semaine qui s'occupe de voir les enfants toute la semaine sauf le jour où il est off, alors là il a un collègue qui le remplace juste pour ce jour-là et généralement le pédiatre fait la garde du dimanche et donc à part le samedi matin et le jour où il est off, il connaît toute la salle de la semaine donc ce pédiatre-là, est le chef d'orchestre. Si ce n'est pas moi, je travaille avec lui pour tout ce qui est discussions un peu plus sociales quoi.*
- Et au niveau des autres réseaux, vous collaborez avec SAJ, SPJ et SOS-enfants?
- *Oui voilà, et avec toutes les structures. Donc il y a l'auberge du Maréchal Ney qui est une pouponnière où moi je suis pratiquement tous les enfants de cette auberge et là je suis un petit peu l'évolution des familles mais ça c'est vraiment mon rôle d'être le pédiatre des enfants.*
- Et la collaboration, vous trouvez que ça roule quand même bien?
- *Bah donc avec le SAJ, SPJ, c'est relativement "touchy"... Après, entre nous ça roule tant qu'on a un interlocuteur en face quoi... et ça c'est le problème avec le SAJ, SPJ, c'est que les délégués des enfants ont souvent des permanences avec un jour ou l'autre jour et que donc du coup, quand l'enfant est hospitalisé le jeudi matin et que sa permanence c'était le mercredi matin et le mardi après-midi, on n'a pas de contacts avec eux. Mais on arrive toujours à bypasser la chose, moi je prends contact avec le directeur et on se fait rappeler et on arrive à organiser des trucs.*
- Et avec les psychologues et assistants sociaux, là ça se passe bien? Vous travaillez ensemble mais pas juste de manière parallèle?
- *Ca roule...alors non, on travaille ensemble mais comme je vous ai dit, on un service social qui est un peu cachectique, donc elles, elles s'occupent juste des sous et de pas de grand-chose d'autre donc ça c'est ce qui manque chez nous, un vrai service social. Parce que j'ai rencontré des assistantes sociales d'autres hôpitaux qui sont autrement plus formées que ce qu'on a ici.... Mais ici, ce n'est pas un manque de volonté mais un manque de ressources. Parce qu'on est un hôpital civil mais que les financements ils s'en foutent, il n'y a pas de ressources. Si on avait des ressources, des gens motivés et des gens formés là-dedans, on s'en sortirait. Parce que là il y aurait un vrai chef d'orchestre, social. Mais ça, on ne l'a pas.*
- Ok merci. Alors, ma dernière question, quand un enfant maltraité retourne dans un endroit autre ou même chez ses parents, vous restez en contact, vous avez encore des nouvelles?

- *Ah oui hein. On continue à le voir en consultation, ou alors on est en contact avec le médecin de cet enfant et on s'assure que le suivi est fait,*
- Vous gardez toujours un œil dessus?
- *Ah oui oui, on ne le lâche pas dans la nature. Non non non, on s'organise pour que quelqu'un suive cet enfant... et dès qu'on se rend compte que cet enfant n'est plus suivi chez nous ou en tout cas ne vient plus aux consultations... Moi j'ai déjà eu le cas où l'enfant n'est pas venu 2x, 3x, là j'ai appelé le SAJ et j'ai gueulé, j'ai dit : « Qu'est-ce qu'il en est de cet enfant? » et puis on me signale que la mère ça ne va pas du tout donc là je dis qu'il faut prendre des mesures quoi, c'est le genre d'enfant qu'on était réticent à placer, il avait eu des hospitalisations, la maman avait fait des efforts et donc... Mais c'était une catastrophe cet enfant et puis la mère s'est enfuie avec lui, il y a eu une annonce dans les médias etc. Il y a eu une annonce Child Focus et tout le bazar et puis finalement on a retrouvé cet enfant je sais pas où, qui maintenant est placé... parce qu'on aura tout fait mais que la mère ne venait plus à aucun rendez-vous, soit disant on était Dieu, fin son Dieu parce qu'on avait sauvé la vie de son enfant, machin, machin et finalement elle se barre et elle ne vient plus à aucun rendez-vous, son enfant il décline de nouveau et on ne sait plus rien faire avec ça.*
- Et quand ils sont placés, c'est la familles d'accueil qui sont en contact avec le SAJ?
- *Oui donc quand ils sont placés en famille d'accueil et qu'ils sont suivis chez nous, euh le délégué SAJ vient avec les parents si les parents sont encore autorisés à voir l'enfant et on se voit en consultation sans la famille d'accueil... Voilà.*
- Ok, bien merci beaucoup pour toutes vos réponses, l'entretien est terminé

IV. Annexe 4 : Procédure d'évaluation et de prise en charge d'enfant victime ou suspect d'être victime d'abus sexuel

Procédure d'évaluation et de prise en charge d'enfant victime ou suspect d'être victime d'abus sexuel

L'évaluation d'une situation d'abus sexuel ou de suspicion d'abus sexuel chez un enfant requiert une approche globale, tant médicale que psychologique et judiciaire. Le recours à une équipe multi-disciplinaire est recommandé.

Le superviseur de garde doit toujours être prévenu.

Premier contact et récolte des informations:

1) Accueil : comme préliminaire, votre rôle est d'accueillir le patient dans les meilleures conditions.

Le patient doit être installé dans un local, où les conditions de travail seront les plus confortables possible pour lui et les soignants, et doit permettre d'assurer la confidentialité:

- local propre adapté à l'accueil d'un enfant, température ambiante agréable (pas trop chaud, pas trop froid, local ayant été ventilé depuis le passage du patient précédent,...)
- l'enfant sera accompagné d'un adulte bienveillant (parent, éducateur, ...)
- Portes et fenêtres et rideaux fermés.

2) Se présenter (quel est mon métier et quel est mon rôle).

- En cas de prise en charge aux urgences ou en unité d'hospitalisation), l'infirmier qui accueillera le patient doit se présenter et préciser son rôle (soigner).
- Le médecin qui prendra le patient en charge doit aussi se présenter et préciser son rôle. Son rôle doit être différencié de celui de la police (rôle judiciaire, recherche de faits, de preuves) et du médecin légiste (médecin qui va apporter des informations à la police pour faire une enquête).
Le médecin des urgences ou de la consultation a un rôle de soignant. Il doit s'assurer que l'enfant est en bonne santé.
Pour cela, on peut expliquer à l'enfant « que le médecin posera des questions à l'enfant, l'examinera et réalisera des examens. Il devra peut-être donner des

médicaments pour que l'enfant reste en bonne santé, parfois d'office, parfois une fois que les résultats des examens sont arrivés (en fonction du degré d'urgence)». Pour s'assurer de la bonne santé de l'enfant, il sera revu en consultation pour s'assurer que les résultats des examens sont arrivés, et qu'il n'y a pas besoin d'un autre médicament ou autre suivi.

- Le médecin s'inquiètera aussi de savoir comment se sent l'enfant (peut-il avoir eu peur, a-t-il encore peur ? est-il en colère ? « Fait-il des cauchemars », est-il souvent puni à la maison ou à l'école ? Y-a-t-il une chute des résultats scolaires ?) Pour cela, il fera appel à une autre personne (psychologue) pour pouvoir s'occuper de cette partie de la prise en charge.

3) L'anamnèse :

- Noter le nom, prénom, lien de la personne qui accompagne l'enfant (parent, frère, éducateur,...)
- Poser des questions ouvertes, ne rien suggérer (se méfier chez les plus jeunes qui répètent parfois ce qu'ils entendent ou modifient leur réponse).
Par exemple : « que s'est-il passé ? », « peux-tu m'expliquer pourquoi tu es ici chez le docteur ? », « veux-tu me raconter quelque chose de plus ? » « qu'as-tu ressenti ou senti ? ».
Eviter : « est-il vrai que... ? » « es-tu d'accord avec ce que ta maman dit là ? »...
- Interroger sur le lieu et les circonstances des faits.

4) Réaliser un examen clinique soigneux,

- Celui-ci doit être réalisé par un pédiatre senior.
- Quel est l'état général de l'enfant, quel est son état nutritionnel, quel est son état émotionnel (agitation motrice, retrait,...) quel est son état d'hygiène au moment de l'examen clinique.
- Quels sont les facteurs de vulnérabilité (retard mental, jeune âge,...) ?
- Porter une attention particulière aux marques de traumatismes (photos éventuelles) avec inspection des parties génitales et anales pour vérifier l'absence ou présence de lésions
- Effectuer un examen clinique complet. Idéalement l'examen clinique doit être réalisé endéans les 12h, pour autant que les conditions d'examen soient correctes (lieu d'examen, médecin sénior, état du patient,...).

Initialement, il vaut mieux demander à la victime de ne pas se laver avant la réalisation éventuelle de prélèvements et lui demande de bien conserver ses vêtements.

A ce stade, vous disposez de suffisamment d'informations pour effectuer l'approche des 3 D

L'approche des situations se base sur la règle des 3 D :

1. L'absence ou au contraire l'existence de « doutes » quant aux faits.
2. Le délai : Se trouve-t-on endéans les 72h après les faits ou pas ?
3. La sécurité (danger) : entourage non protecteur, risque de récurrence d'abus, idées suicidaires, risque de chantage,... Dans ce cas, l'enfant sera hospitalisé.
4. Quels sont les soins à apporter au patient, en fonction des 3 points précédents.

1. Peu de doute quant aux faits : (L'anamnèse et le contexte sont clairs)

1.1. Endéans les 72 heures :

SIGNALEMENT D'OFFICE AU PARQUET (071/236511 ou police de Charleroi 071/210333).
+ COPIE du SIGNALEMENT AU SAJ (fax : 071/896009).

1.1.1 Ouverture du Set SAS :

Celui-ci ne peut être ouvert que sur décision du Procureur du Roi (réquisitoire) et par le médecin légiste ou un médecin réquisitionné par le Parquet (gynécologue de référence au CHU Marie Curie et au GHDC)

Si la victime est amenée par la police judiciaire, ils ont en général prévenu le Procureur. Si ce n'est pas le cas, c'est au pédiatre de le faire (Parquet 071/236511). Il faut également encourager la victime (ou les parents de celles-ci) à porter plainte.

En fonction de l'âge du patient les prélèvements seront parfois effectués avec l'aide d'un gynécologue (gynécologue de référence).

Le gynécologue de référence

-au GHDC est le Dr WILLEMS Timour .

-au CHU Marie Curie il s'agit du Dr DEHON Sylvie.

Attention ! Le SAS a une utilité médico-légale (les prélèvements seront utilisés pour récolter des preuves). Celui-ci est envoyé au labo de la Police judiciaire via le médecin légiste. Vous n'aurez pas accès à ces résultats.

Vous devez donc effectuer les analyses en double. Vos prélèvements auront une utilité clinique et thérapeutique (suivi médical, médicaments,...)

En tant que médecin responsable du patient, il faut vous assurer que ce SAS soit réalisé dans de bonnes conditions.

Pour les enfants plus jeunes ou anxieux, penser à une éventuelle sédation (à l'appréciation du clinicien) avant les prélèvements.

1.1.2: Examens complémentaires :

1. Réalisation d'une biologie standard (hémato, enzymes hépatiques, urée, créatinine, coagulation) avec sérologies hépatite B et C, syphilis, VIH. Les sérologies VIH/syphilis seront recontrôlées à distance (6 sem). Toxicologie et alcoolémie.
2. Penser à réaliser une coagulation si hématomes importants ou nombreux. NB : certains enfants hémophiles avaient été initialement suspecté de maltraitance...
3. Si enfant suspect de négligences (pex cassure de la courbe de croissance,...), penser à rechercher carences en fer, albumine, calcium, phosphore.
4. selon les cas et l'âge du patient, test de grossesse, toxicologie urinaire.
5. Frottis vaginal ou vulvaire Chlamydia (PCR), Gonocoque (PCR), Trichomonas (culture) et autres germes (à organiser avec le gynéco selon l'âge de l'enfant (et/ou médecin légiste, qui les fera en double, pour éviter de répéter cet examen désagréable).
6. Urines au premier jet pour PCR Chlamydia, Gonocoque, examen direct. Recherche de spermatozoïdes . Attention, pas de toilette intempestive !
7. Selon l'anamnèse, frottis bouche/pharynx, frottis anal (tous les orifices pénétrés)

8. Prendre des photos et les stocker dans le dossier médical.
 - La photographie doit être accompagnée d'une description écrite de la lésion.
 - Il faut spécifier la date et l'utilisation d'une latte graduée est recommandée.
 - Aspects légaux :

De manière générale, le patient ou son représentant légal doit consentir à la prise de photographies.

Cependant, vu que la démarche du médecin en cas de suspicion de maltraitance est guidée par l'intérêt de l'enfant et par le souci de protection, le consentement du représentant du mineur n'est pas requis pour réaliser l'examen médical et pour prendre des photographies.

(cfr Avis du Conseil National de l'Ordre des médecins du 16 décembre 2017)

1.1.2 Traitements :

1) Prophylaxie VIH .

En cas de viol, la prophylaxie antirétrovirale est classiquement donnée, sauf si on a la certitude que la personne source est séronégative.

La décision de donner le traitement sera prise avec l'infectiologue du site concerné.

- Pour le GHDC :

D'abord contacter le Dr Diane Stroobant (071/104530).

Si absente, contacter la garde d'infectiologie adulte du GHDC.

Si nécessaire, possibilité de contacter les infectiologues de Marie Curie.
- Pour le CHU Marie Curie :

D'abord contacter l'infirmière référente VIH au 071/922307 ou au 0477846793.

En we, nuits ou fériés, contacter les infectiologues de Marie Curie (Drs Demeester, Markowicz ou Buttafuoco).
- Pour CNDG, appel GHDC ou CHU Marie Curie.

Chaque service d'urgence dispose d'un kit pour donner le traitement pour 3 jours.

Le traitement antirétroviral consiste en :

- Plus de 35 kg : Stribild 1/j
- Moins de 35 kg : Epivir 4mg/kg/dose 2x/j
 - +Retrovir 8mg/kg/dose 2x/j
 - +Kaletra 12mg/kg/dose 2x/j (si <15kg) ou 10 mg/kg/dose 2x/j (si >15kg).

Le patient sera ensuite revu dans les 72h au Centre de référence SIDA (CRS) à l'hôpital Marie Curie pour poursuivre la prise en charge infectiologique et donner la suite du traitement.

Les résultats des prélèvements doivent être adressés au CRS pour cette consultation.

Les prises de sang de contrôle sérologique à 6 semaines et 3 mois sont effectuées au CRS.

L'instauration rapide du traitement anti-VIH dans les 4h a une efficacité renforcée prouvée.

Il y a un enjeu médical réel de le débiter au plus vite, donc au plus tôt au mieux.

Il ne faut pas attendre la réalisation du SAS pour le débiter.

2) Tétanos :

Vérifiez le status vaccinal tétanos (si non vacciné ou vaccination douteuse, donner la première dose et prévoir les rappels (2 mois et 6 mois).

Faire une dose de vaccin aux urgences si plaie sale ou lieu souillé++.

3) Hépatite B :

Vérifier le calendrier vaccinal de base de l'enfant.

Prélever une sérologie.

Les gamma globulines anti-hépatite B (dose : 0,06 ml/kg) seront données avec le vaccin au rendez- vous de contrôle au j2 ou j3 si la sérologie confirme que l'enfant n'est pas protégé. Elles gardent leur efficacité endéans les 14 jours post-exposition.

Prévoir les rappels à 1 et 6 mois.

4) Prévention grossesse (selon les cas, l'âge et le status pubertaire de la patiente) :

Norlevo 1 comprimé après avoir exclu une grossesse antérieure au fait par un test urinaire/biologique.

Ce comprimé peut être administré jusqu'à une semaine après les faits.

5) Prévention Chlamydia:

°Zitromax po:

dose ado/adulte 2 x 500 mg en une prise,

dose pédiatrique 10 mg/kg soit 0,25 ml/kg/j en une prise par jour pendant 3 jours)

°ou Doxycycline pour les ado/adultes 100 mg 2x/j pour 7 jours (après avoir exclu grossesse).

6) Prévention Gardnerella, Trichomonas :

Métronidazole po:

Dose ado/adulte : 2gr 1x

Dose pédiatrique : 10 mg/kg/dose 3x/j pendant 5 jours

7) Prévention Gonocoque :

°Rocéphine IM ou IV:

Dose ado/adulte : 2gr 1dose unique.

Dose pédiatrique : rocéphine 50 mg/kg/dose 1 dose unique

°ou Zitromax.

8) L'enfant sera hospitalisé d'office .

Prévenir le référent de la cellule maltraitance :

○ Au GHDC, Lassoued Hajer (071/104530), le Dr Ruiz Marcela (071/104530), le Dr Stroobant Diane (071/104530) pour l'infectiologie.

○ Au CNDG, le Dr Van de Poel Gaele (071/379618) ou le Dr Ludivine Hougardy (071/379793) ou le service de pédiatrie (071/379470).

○ Au CHU Marie Curie, le Dr Delvaux Nicolas (071/921329).

9) Prise en charge psycho-sociale.

L'enfant doit impérativement être vu par la psychologue du service de pédiatrie de la cellule maltraitance.

Le relais en ambulatoire sera organisé (psychologue de l'hôpital, extérieur ou équipe SOS-enfant).

-SOS-enfant Charleroi (APEP 071/332581)

-SOS-enfant la Louvière (APEP du centre 064/224141)

-SOS-enfant Dinant-Philippeville (SAILFE 081/776805)

10) Suivi à la sortie :

- RDV en consultation de pédiatrie pour le suivi des sérologies et résultats microbiologiques.

- RDV suivi psychologique (psychologues hôpital, extérieur ou équipe SOS-enfant)

- Il est indispensable de connaître le nom de la personne qui tiendra le fil rouge de la situation. Celle-ci s'assurera du suivi et recontactera les parents afin de s'en assurer.

1.2. Si la date du viol est >72h

La réalisation d'un set SAS est inutile (à confirmer avec le médecin légiste, car nouvelle méthode de prélèvement après rinçage prolongeant ce délai classique).

La prophylaxie VIH n'est plus indiquée.

Pour le reste, la prise en charge et les prélèvements sont les mêmes que dans les 72h (1.1.2 et 1.1.3).

2. Doute quant aux faits (anamnèse et contexte flous) :

Il arrive souvent que l'on soit confronté à une situation de « doute » quant à un fait d'abus sexuel.

Il est important dans ces situations de tenter de récolter de manière précise les différents éléments qui permettront aux intervenants d'évaluer la situation de la manière la plus objective possible.

Les équipes SOS-enfant sont un très bon soutien pour réfléchir à la meilleure prise en charge. Le SAJ ou un service judiciaire (Parquet) doit être prévenu si nécessaire pour ouvrir une enquête.

L'approche pratique aux urgences ou en consultation doit être différente selon que vous estimiez que l'enfant est « en danger » ou non, et selon que les faits supposés remontent à moins ou plus de 72 heures.

Un examen physique complet sera réalisé : vous pouvez rédiger un constat à la demande des parents, sans interprétation.

Les prélèvements seront réalisés en cas de suspicion de rapport sexuel potentiellement contaminant (pas les situations « d'attouchement ») comme mentionnés aux paragraphes précédents.

Si l'enfant vous semble en danger, il faut l'hospitaliser.

3. Situation particulière : Enfant référé pour suspicion de MST

- Sont considérés comme étant indicatifs de transmission sexuelle (après exclusion de la possibilité de transmission verticale): Gonocoque, Syphilis, VIH, Chlamydia
 - Sont considérés comme suspects : Trichomonas vaginalis, condylomes, Herpès (différenciation herpès type 1 et 2 !)
- Une vaginite bactérienne aspécifique est peu suspecte.

4 . Dans tous les cas, vous devrez veiller :

- à noter dans le dossier le nom de la personne qui tient le fil rouge. C'est cette personne qui sera interpellée en cas de besoin (non compliance, dégradation de la situation.
- à veiller à une prise en charge médicale complète, de l'arrivée aux urgences au suivi ultérieur.
- à veiller au cadre légal et judiciaire ainsi qu'à l'aide spécialisée (interpellation SAJ, Parquet,...).
- à assurer un suivi psychologique au patient (psy privé, d'hôpital ou équipe SOS-enfant).

