



CHAPITRE X

Maltraitance et accueil des enfants à l'hôpital

Introduction, Denis Devictor	306
Approche pluridisciplinaire d'un problème de santé publique	306
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	308
Une prise en charge transversale	308
Abus sexuels et suivi adapté	310
Enjeux éthiques de l'accompagnement social	313
Se situer face à des situations paradoxales	317
Valeurs professionnelles et réponses institutionnelles	319

Introduction

Denis Devictor *

Approche pluridisciplinaire d'un problème de santé publique

Les chiffres sont là et parlent d'eux-mêmes : chaque année plus de 20 000 enfants font l'objet d'un signalement pour maltraitance à l'Aide sociale à l'enfance et plus de 60 000 sont considérés comme "enfants à risque". De tels chiffres sont d'autant plus préoccupants que l'estimation est inférieure à ce que représente la réalité, car bien des cas ne sont pas signalés. En effet, la maltraitance est de diagnostic difficile et ses frontières restent imprécises. Elles débordent la violence physique pour concerner également les abus sexuels, la cruauté mentale, la négligence, etc. En outre, la maltraitance est par nature clandestine. C'est dire l'importance de ce débat.

La communication semble le maître mot qui se dégage de cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique consacrée à la maltraitance et à l'accueil de l'enfant en institution. Communiquer paraît être une évidence, ne serait-ce que parce que la prise en charge de la maltraitance ne peut être qu'affaire d'équipes. Néanmoins, le vécu au quotidien montre que les échanges pourraient être encore plus fructueux entre différentes disciplines, au sein d'un même hôpital ou d'un même service.

La communication pluridisciplinaire intervient dès la suspicion du diagnostic, comme le souligne Georges Pennecot. Dans bien des cas, le diagnostic est la résultante des constatations faites par les différents intervenants : médecins hospitaliers, médecins de ville, assistantes sociales, psychologues et équipe paramédicale, pour ne citer que les principaux acteurs impliqués. L'expérience rapportée par Didier David, de l'équipe de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, dans la prise en charge des enfants (présumés) victimes d'abus sexuels, nous confirme l'importance de ce dialogue. Elle permet d'insister également sur la nécessité d'une véritable procédure de prise en charge qui concerne non seulement l'accueil de l'enfant et de sa famille, mais aussi leur suivi à plus long terme.

Le dialogue intra disciplinaire paraît aussi nécessaire. Lui seul, permet de gérer nombre de sentiments engendrés par la confrontation à la maltraitance : suspicion, doute, parti pris, violence, culpabilité, projections personnelles, etc. Autant de

* Professeur, chef de service de réanimation néo-natale et pédiatrique, hôpital Bicêtre, AP-HP.

charge émotionnelle induite par ces situations au sein des équipes hospitalières. D'où la nécessité de structures transversales permettant de repenser chaque cas, de critiquer chaque solution apportée et de partager les sentiments générés par chaque histoire. En effet, ces sentiments, comme le rapporte Armelle Goldberg, modifient la relation entre professionnels, parents et enfants.

Le rôle primordial des assistantes sociales mérite d'être souligné. Leur expertise est fondamentale. Elle passe notamment par l'entretien avec les parents, le recueil d'informations, le contact avec les institutions sanitaires et sociales, avec les services hospitaliers et les instances judiciaires.

Ces expériences soulèvent un débat riche en propositions, car il semble que la communication ne soit pas toujours optimale. Il s'agit notamment du dialogue entre les autorités judiciaires et le secteur médico-social. Cette question est à plusieurs reprises abordée. Il semble exister un cloisonnement trop strict entre justice et médecine. Certes, le respect du travail de chacun est nécessaire. Ce qui est demandé aux personnels soignants est la difficile tâche d'écouter sans juger. Plus encore, il est du devoir de la médecine d'aider la justice en levant le secret professionnel. Ce qui est demandé à la justice procède de la difficile tâche de définir les responsabilités tout en reconnaissant le travail des médecins et l'importance de leur déontologie. Pourtant, il semble que tout en respectant les champs de compétence des uns et des autres, une meilleure collaboration pourrait exister. Elle permettrait aux équipes médico-sociales de connaître le devenir des enfants et des familles pour lesquels ils se sont tant investis. Les autorités judiciaires pourraient également tirer profit de cette coopération, dans la recherche de la meilleure solution pour l'enfant et ses parents.

La communication pourrait également être optimisée dans les relations entre la ville et l'hôpital. En effet, les médecins de ville et les services sociaux sont plus au contact des familles que les équipes hospitalières. Les réseaux constitueraient un outil inestimable pour améliorer le dialogue entre les différents acteurs. Un immense effort devrait être consenti pour les mettre en place.

Un autre problème crucial concerne la formation des médecins. C'est alors la communication entre les acteurs confrontés à la réalité quotidienne et les responsables d'enseignement qui est en jeu. Actuellement, il n'existe pas de formation spécifique à la maltraitance. Il s'agit d'une importante lacune, car ce problème majeur de société requiert un véritable professionnalisme qui ne peut être acquis que grâce à une formation spécifique.

Ce débat nous montre que nous avons tous à gagner à mieux travailler ensemble, face à un problème de santé publique des plus préoccupants.

Maltraitance et accueil des enfants à l'hôpital

19 février 1998

Invités experts

Dr Didier David (service de pédopsychiatrie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, AP-HP), Pr Georges Pennecot (chef de service de chirurgie infantile à orientation orthopédique, hôpital Robert-Debré, AP-HP), Armelle Goldberg (assistante sociale, service de neurochirurgie pédiatrique, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Baur, Michel Bilis, Pr Quentin Debray, Jacques Deschamps, Françoise Duménil, Emmanuel Hirsch, Martine Nouvian, Marguerite Romiguière, Dr Michèle Salamagne, Dr Antoinette Salem, Dr Marcel-Louis Viillard, Jean Wils, Pr Robert Zittoun.

Une prise en charge transversale

Georges Pennecot

En 1997, sur l'ensemble de l'hôpital Robert-Debré, 312 suspicions de maltraitance ont été recensées et ont abouti à 42 signalements judiciaires et 63 signalements administratifs. Les situations sont très variables, en fonction des services qui reçoivent ces enfants. La lourdeur de la prise en charge est différente selon les services.

Les enfants "battus" (fractures, traumatisme crânien) sont hospitalisés en orthopédie ; ceux ayant subi des sévices sexuels sont orientés en chirurgie viscérale ; ceux souffrant de problèmes psychologiques vont en pédopsychiatrie et ceux souffrant d'un "environnement défectueux des parents" (malnutrition, par exemple) sont dirigés en pédiatrie. L'intégralité des enfants hospitalisés en pédopsychiatrie, provient de signalements judiciaires ou administratifs : 80 % des hospitalisations en orthopédie et 10 % des hospitalisations en pédiatrie aboutissent à un signalement. Les problèmes apparaissent différemment, en fonction des personnes qui prennent en charge ces enfants.

Je prendrai l'exemple de la chirurgie orthopédique. Si le diagnostic de maltraitance est évident (enfant manifestement battu ou arrivant avec des coups de cutter sur l'ensemble du corps, par exemple), le problème est relativement simple. Dans ce cas, des procédures administratives et judiciaires sont immédiatement déclenchées.

La suspicion de sévices pose plus de difficultés. Reconnaître derrière un enfant hospitalisé un enfant maltraité, nécessite une triple approche. La connaissance médicale nécessaire à ce type de diagnostic, fait appel au savoir des praticiens les plus aguerris (cela implique la formation des plus jeunes) qui pourront établir une relation avec les parents pour comprendre les phénomènes en cause, ainsi qu'à une détermination dans l'enquête qui s'avère nécessaire. Le travail des assistantes sociales et des psychologues est probablement le plus important dans le cadre de la prise en charge de ces pathologies. Lorsqu'il y a suspicion de maltraitance, les assistantes sociales effectuent entre deux et trente entretiens avec les parents. Elles contactent les institutions dans lesquelles se trouve l'enfant (PMI, école, crèche, médecin traitant), recueillent les observations de l'équipe soignante, rédigent le signalement, se mettent en contact avec le tribunal, organisent la sortie et essaient d'obtenir des renseignements sur le suivi de l'enfant. La charge de travail est excessivement lourde.

Les psychologues travaillent souvent en association avec les assistantes sociales pour mener les entretiens avec les parents et l'enfant, ou pour l'étude de son comportement si l'enfant est très jeune. Il s'agit d'un travail long et répétitif. Le personnel soignant établit des constatations sur l'enfant, sur le comportement de ce dernier et sur celui de ses parents. Afin de tirer des conclusions, il est nécessaire de confronter les constatations de l'ensemble de l'équipe.

La lourdeur et la lenteur des structures administratives et judiciaires (après le signalement), rendent difficile la gestion de la prise en charge de l'enfant et de sa famille : l'enfant est hospitalisé dans le service et ne peut pas en sortir.

La charge émotionnelle de ces situations est très importante pour l'assistante sociale et le psychologue. La confrontation avec l'enfant et sa famille a toujours une répercussion psychologique importante. Il existe également une situation conflictuelle au sein même de l'équipe soignante. Le personnel soignant essaie d'obtenir des informations auprès de l'assistante sociale et du psychologue qui s'apparentent parfois à une "curiosité malsaine". Or, les informations psychosociales relèvent du secret professionnel. L'assistante sociale et la psychologue sont, enfin, confrontées à l'incompréhension de certaines décisions prises par le personnel soignant : dans certains cas, une partie du personnel pense qu'il y a maltraitance et une autre pense le contraire. Au final, la décision effectivement prise, est mise sur le compte de l'assistante sociale et de la psychologue, plus que sur celui du médecin.

Nous sommes également confrontés au manque d'information sur le devenir de ces enfants, après leur départ de l'hôpital.

La prise en charge des enfants maltraités ne se limite pas à un simple dépistage et à un signalement. Les intervenants s'impliquent intensément et il me semble que devrait s'instaurer une procédure de partage de la charge émotionnelle. À ce titre, je souhaite la création de structures transversales, car chaque service ne peut se doter d'un personnel compétent dans ce type de prise en charge. Cependant, la création de ces structures ne peut se faire qu'à budget constant, ce qui me paraît regrettable. À Marseille, le Conseil général a débloqué les fonds nécessaires à la création de deux postes de praticien hospitalier à temps plein ainsi que des postes sociaux et psychologiques destinés à la prise en charge transversale de ces pathologies.

Le suivi et le retour d'informations me semblent importants, car lorsqu'une personne s'implique activement dans ce genre de situation et qu'elle ne bénéficie plus d'aucune nouvelle par la suite, elle ressent un sentiment de frustration. Nous avons créé une "cellule maltraitance" avec les parquets avoisinants, qui nous permet de disposer des nombreuses données juridiques qui nous sont inconnues.

Abus sexuels et suivi adapté

Didier David

À l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, nous prenons en charge des enfants victimes ou présumés victimes d'abus sexuels.

Historiquement, une gynécologue de la maternité, Fanny Lewin, a ouvert une consultation de gynécologie pédiatrique. Elle a été confrontée à un certain nombre de jeunes filles victimes d'abus sexuels, à des situations de grossesses chez des mineures et à des réquisitions de la part de la brigade des mineurs ou du parquet de Paris pour des examens médicaux d'enfants.

Il lui a semblé, rapidement, qu'elle ne pouvait pas répondre seule à l'ensemble des demandes et a donc décidé d'associer à sa démarche des assistantes sociales, des psychologues et des pédopsychiatres. Au départ, nous essayons de donner une "réponse" rapide. Nous nous sommes aperçus que cette démarche n'était pas bonne : nous manquions souvent d'éléments pour répondre et nous étions confrontés à des familles en souffrance qu'il fallait aider de façon plus approfondie.

Nous avons donc décidé de réfléchir, pendant un an, à ce que devait être un bon centre d'accueil et de prise en charge de ce genre de problèmes. Parallèlement, suite à une décision gouvernementale, l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul a été désigné comme centre agréé. Après cette année de réflexion, nous avons identifié quelques principes de fonctionnement.

La transdisciplinarité nous a semblé indispensable, en associant, en premier lieu, les pédiatres, les assistantes sociales et les psychologues. Concrètement, l'enfant qui arrive aux urgences pour suspicion d'abus sexuel est reçu par un pédiatre senior et l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie. Immédiatement après l'examen médical, l'assistante sociale explique la suite de la démarche, c'est-à-dire la possibilité de signalement (en fonction des éléments rapportés), la possibilité de bilan psychologique et de soins.

Une fiche de liaison est alors réalisée, car nous nous sommes aperçus qu'un certain nombre de ces familles reviennent dans d'autres services, car la maltraitance physique, psychologique et les abus sexuels ne s'excluent pas mutuellement. Toutes les informations sont ensuite centralisées par l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie.

Devant la difficulté de recevoir ces enfants, il nous a semblé important de les accueillir à deux, idéalement par un homme et une femme. Ce genre de situations suscite en chacun de nous des mouvements extrêmement violents, car ils nous renvoient à nos propres histoires anciennes, enfouies, œdipiennes. Cela permet aussi aux parents, en projetant leurs sentiments sur deux personnes, de se sentir moins persécutés et ils ont l'impression que l'un des deux les écoute plus ou prend moins partie. Nous sommes, nous-mêmes, moins happés par le parti pris en s'appuyant sur l'autre.

Les histoires auxquelles nous sommes confrontés sont très compliquées. D'une part, la population que nous voyons est plus jeune (cinq ans en moyenne), comparée à la moyenne nationale qui est de neuf ans. À cet âge, la prise en compte des dires de l'enfant est extrêmement compliquée. Au cours de la période œdipienne, il existe des mouvements pulsionnels violents envers les adultes et, d'autre part, à cet âge, l'induction étant très facile, il existe un risque de construction d'un discours.

Lorsque les enfants arrivent aux urgences, ils ont déjà été questionnés, voire "cuisinés" par un nombre invraisemblable de personnes (la mère, la tante, le personnel scolaire, une assistante sociale, etc.) qui peuvent influencer sur le contenu de leur discours. Il est indispensable d'être vigilant lors du déroulement de l'entretien. En particulier, il convient de poser les questions les plus ouvertes possibles, de rester neutre, et d'enregistrer l'entretien en vidéo.

Contrairement à ce que pense le grand public, nous ne recevons pas la petite fille violée par un inconnu. Le cas le plus fréquent est une mère, en instance de divorce, qui amène son enfant et qui nous dit qu'il se passe des "choses" chez son ex-mari. Elle nous demande de lui rédiger un certificat. Nous nous trouvons donc face à des situations délicates d'inquiétude de la mère, dans le contexte d'une séparation pénible.

L'abus intra-familial est le plus fréquent (plus de la moitié des cas). Dans 5 % des cas, il s'agit d'un inconnu (chez la nourrice, à la crèche, après l'école). Nous sommes très souvent dans le doute (les cas évidents sont très rares) et la situation est telle, que les enseignants ont reçu la consigne de ne pas se trouver seuls avec un enfant dans une école...

Que l'enfant ait été réellement victime d'un abus sexuel ou qu'il s'agisse d'un fantasme ou d'une accusation par un adulte, il existe dans tous les cas une souffrance et il nous faut aider les familles. D'autres problèmes se greffent sur ces histoires familiales. Lors du suivi de ces enfants, l'expérience prouve qu'une prise en charge globale doit être mise en place pour aider ces familles. La démarche est longue et astreignante, par le nombre de consultations nécessaires.

Nous devons être vigilants au traumatisme surajouté : nous ne devons pas aggraver ces situations déjà complexes et douloureuses. Il nous faut ni intervenir trop vite, ni faire courir de risques à l'enfant.

En ce qui concerne le signalement, nous pouvons dire que le signalement administratif ne doit plus être fait. Les parquets ne considèrent pas le signalement administratif comme valable en cas d'abus sexuel ; nous effectuons donc un signalement judiciaire auprès du procureur de la République.

Comme l'a déjà évoqué Georges Pennecot, la formation inadaptée des jeunes médecins pose également des difficultés, s'agissant de la prise en charge des urgences en dehors des heures ouvrables. Nous demandons que les internes chirurgicaux et pédiatriques reçoivent une formation spécifique. L'hospitalisation doit être proposée au moindre doute de risque pour l'enfant, car nous aurons le temps, le lendemain, d'étudier le cas dans de meilleures conditions et au calme. Au minimum, il faut prévoir, pour le lendemain, un rendez-vous avec le senior et l'assistante sociale.

Un tel centre doit avoir des moyens propres car nous devons intervenir très rapidement. Il y a quelques mois, lorsque nous avons reçu la confirmation que Saint-Vincent-de-Paul était centre de référence, nous avons décidé, malgré l'absence de crédits supplémentaires et donc de moyens propres, de continuer notre activité. Lorsque Bernard Golse (chef du service de pédopsychiatrie) a constaté, cette année, la diminution des budgets alloués, il a décidé de suspendre la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels, à l'exception des urgences et des réquisitions judiciaires. Ceci, dans l'attente des négociations engagées avec le siège de l'AP-HP.

Enjeux éthiques de l'accompagnement social

Armelle Goldberg

La prise de conscience du problème des enfants maltraités s'est progressivement instaurée, dans les milieux médicaux, à partir des études hospitalières. Toutefois, l'hôpital n'est pas la seule structure qui soit confrontée à ce type de situations.

Aujourd'hui, plus que jamais, se manifeste un besoin de réflexion sur les questions éthiques que nous pose l'accueil à l'hôpital d'enfants victimes de violence, que ce soit en tant que médecin, infirmière ou assistante sociale. En ce qui me concerne, ce besoin ne peut être comblé que par une démarche qui confronte une analyse de ma pratique professionnelle quotidienne à celle des valeurs qui sont supposées guider et donner un sens à mon action.

Depuis de nombreuses années, le groupe hospitalier Necker - Enfants-Malades a comme préoccupation majeure la prise en charge des situations de maltraitance. La grande garde de neurochirurgie pédiatrique constitue l'un des éléments qui a favorisé l'accroissement du nombre d'enfants en danger, hospitalisés dans le service du professeur Pierre Kahn. Dans le même temps, aucune structure spécifique n'a été mise en place pour le traitement social de ces réalités, si ce n'est l'instauration d'un groupe de synthèse. Il se réunit, une fois par semaine depuis le 1er avril 1996, autour de situations d'enfants ayant subi un traumatisme crânien d'origine inconnue. Ces réunions permettent de confronter le point de vue des médecins à celui des infirmières, des psychologues et des assistantes sociales, ainsi qu'à celui de professionnels extérieurs (essentiellement des pédiatres).

D'une manière générale, les enfants hospitalisés sur le territoire national pour mauvais traitements, sont le plus souvent âgés de moins de trois ans et pour la moitié d'entre eux de moins d'un an.

Bien que le service de neurochirurgie accueille des traumatisés crâniens de tous les âges, les enfants subissent, dans leur première année de vie, davantage de traumatismes qui ne trouvent pas d'explication et qui sont soumis à une évaluation médico-psychosociale très complète.

L'approche multidisciplinaire nous permet de limiter le poids de la subjectivité, dans la mesure où nous mettons en commun et nous utilisons les compétences de chacun. Ce travail multidisciplinaire nous semble indispensable, puisque, sur la base des éléments fournis, l'équipe tente de cerner au plus juste la situation de l'enfant et de sa famille, et le danger qu'il a pu encourir ou qu'il encourt encore. Ceci permet, dans un premier temps, de veiller à la sécurité de l'enfant, puis d'envisager les moyens à mettre en œuvre pour que la lumière soit faite sur le traumatisme, afin

de formuler les projets d'action éducative. La notion de changement nous semble très importante.

L'évaluation sociale, telle qu'elle est pratiquée à l'hôpital Necker - Enfants-Malades, s'articule autour de plusieurs investigations. Nous réalisons des entretiens avec les parents de l'enfant, parfois avec la famille proche ou toute personne en contact avec l'enfant. Nous prenons contact avec les institutions sanitaires et sociales connaissant la famille (médecins et puéricultrices de PMI, service social de secteur, crèche, etc.) ainsi qu'avec le personnel soignant du service qui s'occupe quotidiennement des enfants en question et qui a l'occasion d'observer les relations parents/enfant pendant l'hospitalisation.

Le travail social est l'opposé d'une approche réductrice qui se bornerait à appréhender l'usager par son seul statut social. En tant qu'assistante sociale hospitalière, je rencontre des personnes qui ont des attitudes et des comportements différents, dont tous les aspects de fonctionnement doivent être pris en compte. Par ailleurs, lorsqu'une situation donne lieu à un signalement judiciaire, les compétences de l'assistante sociale sont, à nouveau, sollicitées, voire exigées, car il existe une coopération avec le parquet des mineurs et la brigade des mineurs.

Je voudrais insister sur un point de mon travail qui consiste à poursuivre l'accompagnement de ces familles après la sortie des enfants concernés. En effet, si les quelques temps passés dans le service de neurochirurgie ont été riches en émotions, parfois synonymes de souffrance, tant pour les parents que pour les enfants, le suivi social demeure un élément fondamental dans la compréhension des événements. Ce travail nécessite d'être poursuivi, afin de préciser les capacités des parents à se mobiliser autour de leurs difficultés et de leurs dysfonctionnements.

Je souhaiterais aborder, maintenant, la problématique de l'éthique liée aux valeurs professionnelles de l'assistante sociale confrontée à la réalité. Nous nous dotons, en conséquence, d'une série de règles pour guider notre action au quotidien. Quelques unes d'entre-elles sont révélatrices d'une contradiction.

La protection de l'enfant au sein de l'hôpital, dans le respect du droit des parents, consiste à soumettre à l'épreuve de la réalité, les idéologies, les théories, les représentations, les émotions et les désirs des différents acteurs.

La protection de l'enfant, suppose d'assurer, en priorité, sa protection physique puis d'aider ses parents à comprendre la dynamique familiale. Il convient donc, pour l'assistante sociale, de réduire le danger pour l'enfant, tout en aidant les parents dans l'exercice de leurs droits et de leurs devoirs. Le service social est donc investi d'une double mission de protection et d'éducation. La participation des parents est requise lors de la mise en place du protocole d'évaluation, dans le

service de neurochirurgie, mais également lorsqu'un projet d'accompagnement a pu s'élaborer. Le projet des professionnels peut être différent de celui des parents et il est donc nécessaire d'amener ces derniers à le mettre en œuvre en tenant compte des besoins évalués de leur enfant. Parfois, un éloignement du milieu familial constitue, pour le tout petit, la seule possibilité de sauvegarder son avenir en évitant, autant que faire se peut, la rupture des liens familiaux.

Il est important de rappeler combien l'évaluation des situations d'enfants victimes de violence ne peut se concevoir hors du cadre d'une justice sociale équitable. Quel que soit le statut de l'individu rencontré, l'objectif du travail mené demeure la protection de l'enfant. Or, malgré l'objectivité vers laquelle nous tendons, il nous arrive de devoir faire face à des interventions extérieures venant entraver le bon déroulement de la prise en charge. Je citerai, à titre d'exemple, les pressions exercées par certains parents dont le statut social semble leur permettre d'exprimer une vive désapprobation en "haut lieu". Je pense, en particulier, à une famille d'avocats qui avait exercé des pressions au niveau du parquet. Il arrive aussi que le pédiatre de la famille vienne nous rencontrer en nous affirmant qu'il se porte garant pour la famille. Ces dysfonctionnements deviennent difficilement gérables par le service hospitalier et, quelquefois aussi, par les autorités judiciaires.

Le respect d'autrui représente une valeur importante afin que la démarche du service soit authentique, honnête et centrée sur l'intérêt de l'enfant et de sa famille. Régulièrement, il arrive pourtant que des parents accusent une nourrice, avec ténacité, dès les premiers jours d'hospitalisation de l'enfant. Le sens de cette réaction réside parfois dans le fait que les parents ont besoin de se protéger, ou bien encore parce qu'ils trouvent là le seul moyen d'affirmer leur responsabilité. La vigilance est de rigueur, du fait que l'hospitalisation d'un enfant pour un traumatisme crânien d'origine inconnue peut conduire à la suspension de l'agrément de l'assistante maternelle. On ne rappellera jamais assez que la présomption d'innocence s'applique à tous et que des suspicions constitueraient un manque de respect d'autrui.

Du reste, le travail qu'assume l'assistante sociale ne consiste pas à rechercher à tout prix les causes du traumatisme, mais plutôt, il tente de comprendre une histoire familiale et de déterminer les capacités personnelles des parents afin qu'ils puissent les mettre en œuvre de manière constructive.

La reconnaissance de l'autre dans sa différence s'avère primordiale. Il nous arrive d'être confrontés à des différences culturelles rendant très difficile l'appréhension de la problématique familiale. L'incompréhension, issue de certains rites ou de certaines manières de vivre des parents, nécessite une interrogation sur nos propres références et donc sur notre action. Je prendrais pour exemple les parents

qui laissent une grande autonomie à leurs enfants et qui, de notre point de vue, les mettent en danger. L'intervention de l'équipe médico-sociale pose le problème de la normalisation : la famille adhère aux normes sociales qui exigent d'elle un certain type de comportement, ou les refusent. Il nous est ainsi nécessaire d'adapter nos modes d'intervention.

Enfin, j'évoquerais la question du secret professionnel. Tout agent de la fonction publique hospitalière est soumis au secret professionnel "*dans le cadre des règles instituées par le Code pénal*" et est tenu à une obligation de discrétion professionnelle. Le Code pénal nous oblige, cependant, à porter assistance à autrui. Le secret professionnel ne s'envisage pas uniquement sous l'aspect extra-hospitalier : il intervient également dans le cadre intra-hospitalier, puisque de nombreuses informations sont partagées par les membres de l'équipe, essentiellement au cours des réunions de synthèse hebdomadaire. Il convient donc d'être vigilant quant aux éléments apportés par les uns et les autres, afin de respecter la parole d'autrui. Le climat de confiance est un préalable indispensable au respect du secret professionnel intra-hospitalier.

Selon moi, travail social doit rimer avec liberté, et liberté doit rimer avec responsabilité.

En guise de conclusion, je soulignerais quatre points qui me semblent importants dans le cadre de mon exercice professionnel quotidien :

- l'existence d'une contradiction entre ce que l'autorité judiciaire attend de l'institution hospitalière, c'est-à-dire un signalement rapide et systématique de tous les enfants victimes d'un traumatisme crânien d'origine inconnue, et l'éthique professionnelle de l'assistante sociale ;
- les services hospitaliers doivent se méfier de ne pas opposer trop de violence aux parents. C'est par exemple le cas, s'agissant du protocole de prise en charge spécifique en neurochirurgie ou de la pratique d'autopsie en cas d'obstacle médico-légal ;
- la nécessité d'une réflexion collective de l'équipe médico-sociale sur la problématique des enfants victimes de mauvais traitement. Elle s'intègre au processus de remise en question régulier ;
- la question du sens du signalement, fait l'objet de précieux échanges, dans la mesure où il nous semble plus important de comprendre d'éventuels dysfonctionnements familiaux pour proposer des aménagements, plutôt que de signaler systématiquement tout nouvel entrant victime de traumatismes.

Depuis juin 1997, à l'initiative de Mme Maurey-Forquy, responsable du service social pédiatrique, des rencontres inter-services ont lieu chaque trimestre au sein de l'hôpital, en présence du parquet des mineurs de Paris. Cette nouvelle instance de réflexion permet une meilleure connaissance du travail de chacun et vise à l'amélioration de la coopération entre l'hôpital et les instances judiciaires.

Se situer face à des situations paradoxales

Michel Baur

Le Code pénal oblige à dénoncer les suspicions de mauvais traitement. Si un médecin ne le fait pas, il ne peut le faire qu'en vertu du secret professionnel. Dans ce cas seulement, il peut ne pas être exposé à des poursuites. Déontologiquement, le devoir du médecin est de dénoncer.

Georges Pennecot

Est-ce un devoir de dénoncer ou bien est-ce un devoir de ne pas mettre en danger l'enfant et donc de refuser de dénoncer ?

Michel Baur

Cette dérogation au secret est traitée, dans le Code pénal, au sein de dispositions relatives au secret professionnel. Elle recouvre les cas où le secret professionnel pourrait nuire à l'enfant. Le secret professionnel est absolu, sauf dans les cas où la loi impose aux médecins de dénoncer.

En pédiatrie ou en pédopsychiatrie, selon le service dans lequel on se trouve les taux de signalement varient de 10 à 100 %. Je me demande si ces différences reflètent diverses "pratiques" entre les services ou une inadaptation fondamentale du système hospitalo-universitaire à prendre en charge les problèmes de santé publique.

Je me demande pourquoi il n'existe pas de réseau ville-hôpital destiné la prise en charge de ce genre de situations. Les enfants maltraités sont vus en premier lieu par les médecins de ville. À l'hôpital, vous accueillez les cas les plus aigus ou les plus graves. L'hôpital a-t-il véritablement les moyens d'apporter le maximum de réponses à ce problème, en particulier en terme de suivi, ou bien n'apporte-t-il qu'une solution d'expertise? Cette approche, en réseau, n'est-elle pas la solution pour obtenir de nouveaux moyens ?

Enfin, j'aimerais savoir en quoi la vidéo en consultation est importante.

Georges Pennecot

Les différents taux de signalements entre les services, ne correspondent pas à diverses pratiques mais à un recrutement autre. En fonction du lieu d'hospitalisation, la proportion d'enfants suspects de maltraitance varie beaucoup. À titre d'exemple, les enfants battus sont plus souvent hospitalisés en orthopédie qu'en pédiatrie.

Je ne suis pas certain que les médecins traitants voient plus d'enfants battus que l'hôpital. Je n'ai lu aucune étude permettant de l'affirmer.

Didier David

Ces dernières années, la mentalité de la communauté médicale a évolué. À Saint-Vincent-de-Paul, lorsque Fanny Lewin a proposé la mise en place de la consultation pour la prise en charge d'abus sexuels, le Comité Consultatif Médical (CCM) de l'époque n'a pas répondu favorablement à sa demande, arguant du fait que cela ne constituerait pas une bonne image de marque pour l'hôpital. Pour ce qui le concerne, le CCM actuel a décidé d'avaliser le projet.

Par ailleurs, il existe un double discours de l'administration qui affiche sa volonté de s'occuper des enfants victimes d'abus sexuels, à la suite de journées médiatiques, mais qui ne nous donne pas les moyens de mettre en place des centres de référence.

Je pense également que l'hôpital n'est peut-être pas la seule structure consacrée à la prise en charge des enfants maltraités. Nous pouvons nous demander si les expertises et les investigations psychologiques doivent être menées au sein des brigades des mineurs et des parquets. En revanche, je pense que le suivi des familles doit se dérouler dans un CHU ou dans un inter-secteur de pédopsychiatrie.

La vidéo présente un double intérêt. Lorsque la consultation est bien pratiquée, il n'est pas nécessaire de reprendre le témoignage, que ce soit à l'hôpital, chez le juge d'instruction ou au cours du procès. On évite ainsi des traumatismes ajoutés. En France, le débat actuel concerne la valeur juridique de la vidéo. De plus, cet outil nous permet d'analyser rétrospectivement nos propres attitudes au cours des consultations, afin de progresser dans notre pratique.

Michel Bilis

Je suis également frappé par l'aspect hospitalo-centré de la prise en charge. Il n'a pas été fait mention de ce qui se passe avant et après l'hospitalisation. La mise en place de réseaux ville-hôpital me paraît nécessaire. Intuitivement, je pense que les pédiatres de ville et les services sociaux, sont plus au contact des familles. Les médecins hospitaliers ne voient arriver les patients que dans les situations ultimes, paroxystiques. De même, la transversalité de la prise en charge hospitalière

me semble indispensable, afin que l'on dépasse les clivages disciplinaires. Dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire, le secret professionnel peut-il être attaché à une seule catégorie de personnel de santé? Il faut, bien sûr, être très prudent quant au droit des familles et à la présomption d'innocence.

Armelle Goldberg

Lorsque nous procédons à l'évaluation avec la famille, elle englobe le contexte familial antérieur. Nous élaborons ensuite un projet avec la famille. Nous tissons des liens avec les pédiatres de ville et les services sociaux qui sont intimement impliqués dans le projet mis en place avec la famille.

Valeurs professionnelles et réponses institutionnelles

Georges Pennecot

J'ai l'impression que l'on confond deux choses : la maltraitance prise dans sa globalité et la maltraitance qui arrive à l'hôpital. En tant qu'hospitalier, nous ne pouvons pas gérer l'amont, car cela signifie, peut-être, gérer la précarité. Quelle relation pouvons-nous établir avec ce qui précède l'hospitalisation? En revanche, il existe un projet à la sortie. Or, la grande difficulté dont se plaignent les personnels hospitaliers, réside dans le manque de retour d'information. Nous orientons les enfants vers des structures de proximité (c'est cela le réseau) mais nous ne savons pas ce qu'ils deviennent.

Martine Nouvian

Le personnel paramédical devrait bénéficier de formations spécifiques, à l'image de la seniorisation des médecins.

Je suis surprise par l'utilisation du terme "curiosité malsaine", s'agissant des demandes d'informations formulées par le personnel infirmier. Lorsque nous sommes confrontés à ces enfants, il convient de faire preuve de beaucoup d'objectivité en prenant du recul par rapport à notre propre vécu. Toutefois, il faut aussi préparer un projet de vie. Nous devons être associés à la prise en charge, car nous avons un rapport direct avec le corps de cet enfant : nous le nourrissons, nous le toilettons. Nous répondons également à ses questions et à celles de sa famille. De plus, nous sommes directement confrontés aux parents et nous devons pouvoir être capables de faire face à leur agressivité ou à leur projection.

Georges Pennecot

Cela dépend jusqu'où l'on va. Il est normal que l'ensemble de l'équipe discute du cas de l'enfant. Mais est-il nécessaire que l'infirmière soit au courant des entretiens qui ont eu lieu entre la famille et le psychologue ou l'assistante sociale à propos de problèmes antérieurs, des conflits de couple ? Est-ce que ces informations sont utiles au travail des infirmières ?

J'ai l'impression que, dans le domaine de la maltraitance, tous les groupes professionnels veulent tirer la couverture vers eux. Chaque groupe a un projet de vie pour cet enfant. Cette constatation justifie la nécessité des groupes de synthèse.

Quentin Debray

Je vois, en tant que psychiatre, beaucoup de jeunes adultes et d'adolescents souvent très déprimés, présentant des troubles alimentaires, des troubles du comportement et des personnalités pathologiques. Au cours des entretiens, on retrouve souvent l'existence d'abus sexuels pendant l'enfance, d'une façon plus ou moins grave et répétée, de la part d'un membre de la famille ou d'un proche. Ces abus sexuels, qui ne sont pas toujours avec pénétration mais avec attouchements, menaces ou séduction, entraînent des troubles graves et prolongés de la personnalité et justifient parfois des hospitalisations.

Nous constatons donc que l'abus sexuel entraîne une pathologie lourde. La prise en charge du psychotraumatisme sexuel, relève de la compétence de spécialistes et implique souvent une thérapie familiale pour que la famille reprenne un équilibre progressif. Je pense que la prise en charge psychothérapeutique de ces jeunes et de ces enfants, doit être la plus précoce possible après le traumatisme. Plus le délai de prise en charge est long, plus le risque de séquelles graves est important.

Le médecin généraliste ne me semble pas apte à prendre convenablement en charge ce type de problème, car il peut manquer d'objectivité, se trouvant en contact trop étroit avec la famille.

Didier David

Le secret est au premier plan des histoires d'inceste, comme c'est le cas le plus souvent dans les situations d'abus sexuels, car l'éclatement de la famille devient patent.

L'école est une structure sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Dans le XIV^e arrondissement, nous organisons des réunions régulières avec les assistantes sociales et les médecins scolaires.

Quentin Debray

Je voudrais vous parler d'un ouvrage rédigé sous la direction de Daniel Halperin, Paul Bouvier et Hélène Revicci, qui concerne une enquête réalisée à Genève, sur mille adolescents âgés de treize à quinze ans. La méthodologie semble rigoureuse et les enfants interrogés ont répondu avec sincérité. Certains chiffres m'ont frappé. Un tiers des filles et un dixième des garçons ont subi un abus sexuel avec ou sans attouchement (propositions verbales, propositions de montrer les organes génitaux, présentation de matériel pornographique...). 41 % des garçons et 63 % des filles en ont parlé à quelqu'un. Sur l'ensemble du groupe, il n'y a que 27 % des filles et des garçons qui considèrent avoir été aidés. L'abuseur a fréquemment moins de 18 ans : 39 % des filles et 22 % des garçons ont été abusés par un adolescent. Si l'on prend les abus avec contact des garçons, dans 27 % des cas, l'abuseur est une femme et dans 5 % des cas, est un homme et une femme.

Antoinette Salem

Les enfants maltraités arrivent à l'hôpital, sans doute parce qu'il y a urgence, mais peut-être aussi parce que les adultes, prenant conscience de leurs actes, viennent dans un endroit où ils ne sont pas connus.

Un véritable effort doit être fait au niveau de la prise en charge post-hospitalière, afin d'éviter les "récidives". Un réseau doit être construit dans ce but.

Chantal Deschamps

Au cours de ces dernières semaines, j'ai participé à trois débats ; l'un concernait la maltraitance des vieillards, à Aubervilliers, l'autre avait pour thème la violence institutionnelle et enfin celui d'aujourd'hui. J'ai l'impression que le problème de la maltraitance est compartimenté. On ne semble pas prendre dans son ensemble tout un chemin de la maltraitance et je rejoins Michel Baur lorsqu'il parle d'un problème de santé publique.

J'entendais, à Aubervilliers, des travailleurs sociaux dire qu'ils étaient mal accueillis à l'hôpital et rejetés lorsqu'ils prenaient en charge des problèmes de maltraitance. N'avons-nous pas tous, professionnels et citoyens, un rôle à jouer dans ce domaine ?

Au Canada, la lutte contre la souffrance et la "réinsertion" des enfants et des vieillards maltraités fait intervenir des associations qui représentent la société civile. Pour les canadiens, la santé publique et la santé sociale sont intimement liées. Il me semble, qu'en France, les énergies sont dispersées alors que, lorsque nous écoutons vos interventions, on constate ce qui pourrait être accompli d'extraordinaire.

Jean Wils

En tant que soignant, la maltraitance m'interroge sur mon rapport à l'autre et au corps de l'autre à travers le soin, qui constitue, en soi, une forme de violence.

En dehors des cas extrêmes que vous suivez à l'hôpital, les limites de la maltraitance, comme celles du normal et du pathologique, sont floues. Le "touche pipi" des enfants, est maintenant considéré comme de la maltraitance! Aux États-Unis, les kinésithérapeutes ne font plus déshabiller les filles, parce qu'il faut les toucher pour effectuer le massage. Cette aberration pose la question du rapport aux autres.

Georges Pennecot

Dans le cadre de la maltraitance, l'hôpital doit servir au diagnostic, à la prise en charge immédiate et à l'orientation ultérieure. La prise en charge ultérieure et la réinsertion sociale des enfants et de leur famille n'est nullement le problème de l'hôpital : c'est un problème de réseau.

Vous dites que les réseaux sont à créer mais les structures pouvant prendre en charge ces enfants existent : il faut, maintenant, qu'il y ait communication entre elles.

Michel Baur

Les centres hospitalo-universitaires souffrent de leur verticalité. Autrefois, il n'existait que la médecine et la chirurgie; aujourd'hui, il y a plus de trente spécialités. Le terme réseau, implique une coordination entre les différents intervenants de la prise en charge et pose le problème de la transversalité. L'hôpital n'est pas une structure transversale. Le statut même du chef de service empêche la transversalité.

Marcel-Louis Viillard

Nous devons nous interroger sur la question des moyens. Faut-il des moyens supplémentaires ou faut-il redistribuer les moyens existants? Il est vrai que nos communautés médicales ont du mal à définir certaines priorités.

La question du secret semble complexe et m'interroge profondément. J'ai cru comprendre que le fait de ne pas parler, entraîne une souffrance extrêmement grave et fréquente chez les personnes confrontées à la maltraitance. À l'inverse, une certaine retenue du discours s'impose, du fait de la présomption d'innocence et du risque d'une exacerbation du comportement violent des parents contre leur enfant.

Quel sens a la violence institutionnelle, la violence du soin ou la violence vis-à-vis des enfants ou des vieillards, au niveau de l'homme? Quel est le rapport de notre

société avec un certain nombre de normes, de valeurs, qui font que nous partageons ensemble, avec plus ou moins de bienveillance ou de satisfaction ? Si, effectivement, le "touche-pipi" et les "découvertes de la vie" que connaissent les adolescents deviennent de la violence, alors je me demande si la relation à l'autre n'est pas violence. Si c'est le cas, le fait d'être reconnu par l'autre, en tant qu'individu, n'a plus aucun sens puisque cela m'est destructeur : comment vais-je me construire ? N'est-ce pas face à une dénégation totale de ce qu'est l'être humain ? Sommes-nous en situation d'*incivilisation* ou d'*acivilisation*, en période de dénégation de ce qu'est notre humanité ?

Quentin Debray

Pour que l'on puisse parler d'abus sexuel, il doit y avoir obligation contre l'assentiment de l'enfant, de la part d'un adulte ou d'un enfant plus âgé.

Michèle Salamagne

En soins palliatifs, nous recevons régulièrement des personnes présentant des perturbations majeures, avant leur mort, et qui ont vécu, dans leur enfance, des actes violents ou des abus sexuels. Certains ne peuvent nous en parler que dans des moments de confusion : s'il n'y a pas de partage dans l'équipe, il est impossible d'accompagner ces gens. Le travail d'une équipe transdisciplinaire ne peut se concevoir sans partage et sans respect de la confidentialité. Chacun peut partager, comprendre l'autre, sans pour autant porter un jugement à l'égard de la famille, qui doit être, elle aussi, accompagnée.

Robert Zittoun

Le débat a soulevé plusieurs problèmes.

En premier lieu, comment organiser la pluridisciplinarité, c'est-à-dire, la prise en charge d'un problème, sur un pied d'égalité, par le personnel médical, paramédical et administratif ?

En second lieu, il concerne la transversalité à l'hôpital. Jusqu'à présent, l'hôpital a fonctionné par services et par équipes. Actuellement, on essaie de mettre en place ce type d'organisation, mais ce n'est pas si facile. Je ne suis pas sûr que ce soit toujours productif. Néanmoins, dans certains domaines (psychologie, service social), la création de départements peut paraître bénéfique.

Enfin, il s'agit d'évoquer les rapports entre l'hôpital et la ville. Il existe, actuellement, une montée de la violence dans notre société. Que peuvent faire l'hôpital et la médecine face à ce fait social ? Il est préférable de ne pas dilapider ce que nous

avons. L'hôpital a une tradition et constitue un lieu, non seulement de réparation, mais aussi où l'on peut s'abriter.

Je réclame le statut d'hôpital-asile, d'hôpital-hospice. Il faut, bien évidemment, développer des réseaux afin de ne pas enclaver l'hôpital. Nous devons, peut-être, travailler avec la police et avec la justice, mais alors ces instances vont vouloir intervenir directement dans les domaines de la santé ! Quelle sera la formation médicale de la police et de la justice, et dans quelle mesure l'hôpital va-t-il, pour ce qui le concerne, s'immiscer dans les activités de la police et de la justice ? Nous devons nous interroger, tous ensemble, sur de tels enjeux.

Michel Baur

Je ne crois pas que la problématique se résume à une confrontation administration/médecine. Les mêmes problèmes existent au niveau de l'administration. Dans un pays où le chômage et la précarité sont si importants, je soutiens que l'on aurait dû créer des Agences sociales, plus proche du terrain, plutôt que des Agences régionales de l'hospitalisation. Dans l'administration, la tendance à la centralisation et à la verticalité est très forte, tout comme elle l'est au sein du corps médical.

Nous avons tout à gagner à travailler ensemble, afin de mieux prendre en charge des situations telles que la maltraitance.

Marguerite Romiguière

La mise en place de réseaux, en amont et en aval, doit être bien conçue, en prenant garde de ne pas nuire. Je connais des instituteurs travaillant en école maternelle avec lesquels nous discutons fréquemment des répercussions de leurs actes sur l'enfant et la famille. Aucune évaluation n'a été réalisée à ce sujet. L'ouverture de l'hôpital sur la cité, pourrait prendre la forme de conseil vis-à-vis de ces personnes étroitement confrontées aux problèmes de la maltraitance. Actuellement, chacun fait quelque chose dans sa propre structure, au risque de nuire.

Il faut constater que les personnes évoquent les actes de maltraitance qu'ils ont subis, cela très longtemps après. Dans ma commune, un couple dont le père a abusé de sa fille qui a maintenant vingt-six ans, est en cours de divorce. Toute la commune le sait ; la seule personne qui n'en parle pas, c'est l'enfant. Cet exemple pose également le problème du respect de la personne.

Françoise Duménil-Guillaudeau

Notre débat a été passionnant et souvent passionné.

Je ne connais personne qui travaille auprès du malade, quelle que soit sa profession, qui ne souhaite être là pour protéger et pour soigner dans le plus grand respect de la confidentialité.

La question du choix d'une spécialité à développer à l'hôpital constitue un enjeu délicat. S'il faut envisager de manière prioritaire quelque chose, il convient peut-être d'abandonner autre chose. On ne peut pas demander à l'institution des moyens supplémentaires pour créer toujours plus, car je ne suis pas certaine que l'on soit capable de réussir à tout faire correctement. Faut-il privilégier un programme de santé publique ou un programme de spécialité médicale ?

Le mot violence est de plus en plus présent dans nos débats et dans nos questionnements. J'ai l'impression qu'il nous confronte à l'être singulier qui est en face de nous. Je ne voudrais pas que notre humanité y perde sa dignité. Comment faire, pour qu'un jour, nous n'ayons plus besoin de débattre de la violence en institution, quelque soit son origine : qu'elle soit extérieure, parce qu'on nous amène des personnes maltraitées ou violentées, ou qu'elle soit "distribuée" par les professionnels de santé.

Armelle Goldberg

Les valeurs professionnelles que nous partageons sont malmenées par la réalité.

Il me semble que les réseaux et le travail pluridisciplinaire existent, il est vrai, avec des hauts et des bas.

Nous tirons un réel bénéfice des réunions inter-services, s'agissant de notre travail en collaboration avec le parquet des mineurs. Au début, cela a été difficile car nous ne sommes pas du tout du même "monde", bien que nous travaillions pour les mêmes enfants et dans le même but. Je pense que cette expérience est à développer.

Georges Pennecot

Nous sommes conscients que la maltraitance est un problème de santé publique. Cependant, il faut se rendre compte qu'il y a une totale antinomie entre la gestion d'un hôpital et celle de la santé publique. Lorsque nous voulons résoudre un problème de santé publique, nous nous heurtons à un système hospitalier qui n'y voit aucun avantage ou au contraire qui n'est préoccupé que par ses éventuels inconvénients.

Robert Zittoun

Nous entendons trop souvent dire qu'il faut se débrouiller en recourant au redéploiement des moyens. L'hôpital n'arriverait pas à concevoir la transversalité ou les réseaux, parce que les médecins hospitalo-universitaires ne voudraient pas abandonner leur "sacro-sainte" activité. Je dénonce vigoureusement ce discours ; je ne le trouve absolument pas admissible. Je ne veux pas abandonner le progrès médical. Si la société crée de nouveaux problèmes à la faveur d'une montée de la violence, il faut qu'elle se donne les moyens de créer les réseaux de santé, et j'y participerai.

Emmanuel Hirsch

Pour ma part, j'estime très remarquables les préoccupations exposées par des professionnels impliqués dans un champ très spécifique du soin et de l'accompagnement.

En fait, leur intervention concerne les conséquences d'actes privés, souvent répréhensibles et préjudiciables aux intérêts directs et immédiats d'une personne en situation de haute vulnérabilité.

L'accueil et la prise en charge de situations infiniment complexes, nous confrontent à d'importants dilemmes. S'il s'agit de tout faire pour assumer une responsabilité médico-sociale, encore est-il nécessaire d'évaluer les conséquences que peuvent avoir certaines décisions.

On a évoqué à ce propos le secret et la confidentialité. Il semble évident que la dénonciation d'actes graves peut occasionner des effets dommageables. C'est au cas par cas qu'il conviendrait donc d'estimer la nature du préjudice et d'envisager la réponse adéquate qui doit lui être apportée.

Je ne suis pas certain que dans un État de droit, les professionnels soignants disposent à eux seuls d'une faculté d'appréciation des suites à donner à un acte délictueux, qui peut, du reste, se renouveler. S'il paraît évident qu'une séparation de l'enfant de son milieu familial risque, dans certains cas, de présenter pour lui plus d'inconvénients que son maintien au sein de la structure familiale, disposons-nous pour autant d'une juste capacité d'appréciation ? Quelles que soient les modalités d'analyse et la pertinence des approches, dès lors qu'un enfant est mis en cause dans son présent et dans son avenir, ne devons-nous pas nous doter de procédures plus strictes que celles qui ne relèveraient que d'une opinion circonstanciée ?

On constate que l'hôpital devient l'espace où l'on s'efforce de gérer les conflits sociaux qui ne trouvent plus d'instances d'arbitrage véritablement appropriées. Du moins, c'est en ces termes qu'on justifierait l'excessive médicalisation d'enjeux de société. Face à des "souffrances" dans bien des cas accueillies sans y porter la moindre critique et en se refusant au moindre jugement moral, les soignants considèrent que leurs obligations relèvent d'une prise en charge qui peut se soustraire à une analyse critique. Au nom du devoir d'assistance, tout est-il à la fois acceptable et possible? Notre mission vise-t-elle à pacifier et à neutraliser les circonstances, en dépit de leur gravité?

Nous avons traité d'une dimension spécifique de la médecine d'urgence, parfois aux limites du strictement thérapeutique. Dès lors que les repères nous font défaut, il me semble essentiel de consacrer une réflexion aux principes qui encadrent l'action. Au risque de conférer une dimension d'ordre judiciaire à l'expertise médicale conduite dans les domaines évoqués au cours de cette réunion, il me semble raisonnable de ne pas renoncer à considérer l'immense responsabilité qui incombe aux professionnels confrontés à la maltraitance de l'enfant. Sans renoncer pour autant à la compassion, ils doivent être en mesure de ne considérer comme objectif supérieur que le bénéfice réel de l'enfant qui est confié à leur soin. Dès lors, je comprends que leur intervention s'avère complexe, puisque nécessairement encadrée par les principes qui la légitiment et l'orientent.