



HAL
open science

Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère

Benjamin Camenen

► **To cite this version:**

Benjamin Camenen. Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01633550

HAL Id: dumas-01633550

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633550>

Submitted on 13 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2017

Thèse présentée par :

Monsieur Benjamin Camenen

Né le 13 Février 1989 à Rennes

Thèse soutenue publiquement le 26 Octobre 2017

Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère.

Président Mr le Professeur Loïc De Parscau

Membres du jury Mr le Professeur Pierre Barraine

Mme le Docteur Marie Barais

Maître Hélène Daoulas, Maître de conférence en droit

Mr le Docteur Thomas Dailland

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH** Hervé
 Professeur **LE MENN** Gabriel (†)
 Professeur **SENECAIL** Bernard
 Professeur **BOLES** Jean-Michel
 Professeur **BIZAIS** Yves (†)
 Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU** Christian

Professeurs émérites

CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition

DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FENOLL Bertrand
FOURNIER Georges
GENTRIC Armelle
GOUNY Pierre
HU Weiguo
KERLAN Véronique
LACUT Karine
LE MEUR Yannick
LE NEN Dominique
LEROYER Christophe
LOZAC'H Patrick
MANSOURATI Jacques
MARIANOWSKI Rémi
MERVIEL Philippe
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
PAYAN Christopher
REMY-NERIS Olivier
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
SIZUN Jacques
STINDEL Éric

TIMSIT Serge
VALERI Antoine
WALTER Michel

Rhumatologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Chirurgie infantile
 Urologie
 Gériatrie et biologie du vieillissement
 Chirurgie vasculaire
 Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
 Thérapeutique
 Néphrologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Pneumologie
 Chirurgie digestive
 Cardiologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Gynécologie obstétrique
 Dermato-vénérologie
 Parasitologie et mycologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Bactériologie-virologie
 Médecine physique et réadaptation
 Biophysique et médecine nucléaire
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
 Neurologie
 Urologie
 Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine
AUBRON Cécile
BEN SALEM Douraid
BERNARD-MARCORELLES Pascale
BEZON Eric
BROCHARD Sylvain
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DELLUC Aurélien
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HERY-ARNAUD Geneviève
HUET Olivier
LE MARECHAL Cédric
LE ROUX Pierre-Yves
L'HER Erwan
LIPPERT Éric
MONTIER Tristan
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PRADIER Olivier

Maladies infectieuses
 Réanimation
 Radiologie et imagerie médicale
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Médecine physique et réadaptation
 Pneumologie
 Neurochirurgie
 Médecine interne
 Physiologie
 Bactériologie-virologie
 Anesthésiologie-réanimation
 Génétique
 Biophysique et médecine nucléaire
 Réanimation
 Hématologie
 Biologie cellulaire
 Gastroentérologie
 Cancérologie

RENAUDINEAU Yves Immunologie
SEIZEUR Romuald Anatomie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE RESTE Jean-Yves
LE FLOC'H Bernard

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

Professeur des Universités contrat LRU

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe Immunologie
MOREL Frédéric Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan Biophysique et médecine nucléaire
CORNEC Divi Rhumatologie
DE VRIES Philine Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie Génétique
HILLION Sophie Immunologie
LE BERRE Rozenn Maladies infectieuses
LE GAC Gérald Génétique
LE GAL Solène Parasitologie et mycologie
LODDE Brice Médecine et santé au travail
MIALON Philippe Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu Histologie, embryologie et cytogénétique
VALLET Sophie Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BRENAUT Emilie Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie Néphrologie
LE VEN Florent Cardiologie
MAGRO Elsa Neurochirurgie
PERRIN Aurore Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SALIOU Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike Cancérologie
UGUEN Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

CHIRON Benoît

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographie

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Maître de Conférences des Universités contrat LRU

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

GILLES Marlène

Génie informatique, automatique et traitement du signal

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Remerciements

A Monsieur Le Professeur De Parscau, pour avoir accepté de présider ce jury, d'encadrer ce travail et parce que votre enseignement a toujours été extrêmement enrichissant.

A Monsieur le Docteur Thomas Dailland, pour avoir accepté de diriger ce travail. Pour tout ce que j'ai appris en travaillant à tes côtés. Pour ta patience et ton soutien permanent.

A Madame le Docteur Marie Barais, pour ta gentillesse et pour toute l'aide apportée tout au long de ce travail sans quoi cela n'aurait jamais pu être réalisé.

A Monsieur le Professeur Pierre Barraine, pour nous avoir aiguillé sur ce sujet et pour le regard apporté sur ce travail.

A Monsieur le Professeur François Xavier-Roux Demare et à **Madame Hélène Daoulas** pour la participation à l'appréciation de ce travail.

A l'ensemble des médecins ayant accepté de participer à la thèse pour la richesse des entretiens réalisés.

A ma Mère qui me pousse chaque jour à la rendre fière. Pour tout ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore. La page n'est pas assez grande pour te dire tout le bien que j'en pense.

A Emilie pour tout ce que tu m'apportes tous les jours. Parce que je savoure le bonheur de partager ma vie avec toi depuis ces neuf années. Parce que la perspective d'en passer encore beaucoup d'autres me rend plus heureux chaque jour et parce que tu trouveras toujours le moyen de me faire rire.

A mon grand-père Alain Camenen dont l'intelligence, l'humilité et l'humanité resteront toujours un modèle d'inspiration.

A ma grand-mère Jacqueline Camenen parce que le plus important c'est de rester libre ! Et pour ton appel la veille de chaque examen pour m'ordonner de me détendre.

A Mino, Tonton, Thierry et Bicou, parce qu'à chaque étape vous n'étiez jamais très loin.

A mon oncle Jean-Luc Camenen parce que j'avais besoin d'un modèle.

A mes autres tantes, oncle et cousins, qui m'ont également soutenu.

A tous mes amis rencontrés en Médecine, Laurent, Elouan, Maxime, Etienne, Bastien, François, Marion, Nicolas, Anaïg, Cyrielle, Thomas, Audrey, Tanguy, Marie et tous les autres parce que l'on a passé de sacrées belles années.

A tous mes amis de Lorient, Camille, Romain, Benjamin, Pauline, Fabien, Jean-René, Antoine, Chloé, Marion, Pierre, Jacques-Antoine parce que quoi qu'il arrive vous êtes toujours là.

A toutes les équipes géniales auprès desquelles j'ai appris ce superbe métier.

Table des matières

Introduction	page 9
1- Rappel historique.....	page 9
2- Législation de la protection de l'enfance	page 9
3- Moyens pour alerter.....	page 10
4- Place du médecin dans la démarche	page 11
Méthode	page 13
Résultats	page 14
1- Eléments anamnestiques intervenant dans la prise de décision.....	page 14
2- Eléments cliniques et paracliniques orientant le choix.....	page 18
3- Eléments relationnels, participation affective à la décision	page 18
4- Apport des échanges interprofessionnels	page 19
5- RIP ou SJ : quels arguments pour choisir ?	page 20
6- Interaction avec les autres instances	page 21
7- L'acte de signalement : un acte difficile	page 22
8- Outils pour améliorer les pratiques	page 24
Discussion.....	page 27
1- Principaux résultats	page 27
2- Intérêt et limites de l'étude.....	page 27
3- Différents items pour surmonter les difficultés	page 27
a- Eléments historiques, bases de réflexion	page 27
b- Moyens d'aide actuellement utilisés	page 28
c- Pistes pour le futur	page 30
Conclusion.....	page 32
Bibliographie.....	page 33
Annexes.....	page 34

Abréviations

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

CH : Centre hospitalier

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CRIP : Cellule de recueil d'information préoccupante

IP : Information préoccupante

ODAS : Observatoire de l'action sociale décentralisée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONPE : Observatoire national de la protection de l'enfance

OPP : Ordonnance de placement provisoire

RIP : Recueil d'information préoccupante

SJ : Signalement judiciaire

TGI : Tribunal de grande instance

UAED : Unité d'accueil des enfants en danger

Introduction

La maltraitance de l'enfant et de l'adolescent est un problème fréquent à l'échelle nationale et mondiale.

Dans les pays considérés comme « à haut revenu », 10% des enfants sont concernés par les mauvais traitements au sens large. Du fait des difficultés à recenser ces situations, ce chiffre est probablement bien en deçà de la réalité (1).

Durant l'année 2006, la maltraitance a été reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme un problème de santé publique. L'organisation estime que 40 millions d'enfants de 0 à 14 ans souffrent de maltraitance dans le monde (2).

En France l'observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) estimait en 2007 que 3 élèves pour 1000 étaient en danger à chaque année scolaire. De plus de 1998 à 2006 le nombre d'enfants signalés comme en danger a cru de 18%. (1)

1- Rappel Historique

Les premières descriptions d'enfants maltraités, réalisées par le Docteur Ambroise Tardieu, médecin légiste à Paris, datent de 1860.

Ce concept imprègne d'avantage les milieux médicaux depuis la seconde moitié du XXème siècle. Aux Etats-Unis les docteurs John Caffey en 1946 et Frederick Silverman en 1953 en détaillent les manifestations radiologiques qu'ils baptisent syndrome de Silverman.

En 1962, le docteur Henry Kempe publie dans le JAMA « le syndrome de l'enfant battu ». (2)

Entre 1972 et 1975 l'école Française prend la suite de ces travaux notamment avec les travaux du Docteur Pierre Strauss. (3)

La loi du 10 Juillet 1989 introduit le concept de signalement judiciaire et rend obligatoire le signalement des actes de maltraitance infantile. Les informations concernant un enfant victime de maltraitance sont transmises au président du conseil général qui peut ensuite saisir le milieu judiciaire.

Au niveau international, la convention internationale des droits de l'enfant est également adoptée par l'assemblée générale des nations unies en 1989. (2)

De nos jours l'enfant en danger désigne tout enfant dont la situation nécessite une intervention administrative ou judiciaire.

L'enfant à risque de maltraitance est défini comme celui dont les conditions d'existence compromettent sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien sans pour autant qu'il soit maltraité.

L'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. (4)

2- Législation de la protection de l'enfance

Sur le plan législatif, la loi du 5 mars 2007 a permis de réformer la protection de l'enfance en supprimant la notion d'enfant maltraité pour la remplacer par celle d'enfant en danger. (5) Elle a positionné le Conseil départemental comme chef de file de la protection de l'enfance (6) par la création des Cellules de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP) qui font partie de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Elle introduit de ce fait la notion d'information préoccupante (IP).

La loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 clarifie les procédures de situations de signalement et précise que « le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 renforce la loi de 2007 par trois points :

- L'amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance avec notamment la mise en place de protocoles à l'échelle départementale.
- La sécurisation du parcours de l'enfant durant cette prise en charge avec par exemple la mise en avant des prises en charge interdisciplinaires.
- L'adaptation sur le long terme du statut de l'enfant placé.

Une nouvelle définition de la protection de l'enfance est proposée : elle « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. » (2)

3- Moyens pour alerter

Il existe en France deux grandes voies permettant d'alerter sur une situation d'enfance en danger, le recueil d'information préoccupante (RIP) et le signalement judiciaire (SJ).

Le décret n°2013-994 du 7 novembre 2013 définit l'IP comme « une information transmise à la cellule départementale [...] sur la situation d'un mineur [...] pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risquent de l'être. [...] La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. » (7).

L'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) donne une définition proche où l'information préoccupante est constituée de : « tous les éléments y compris médicaux susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur » (2).

Il s'agit donc d'une mesure administrative permettant de traiter les situations dont les faits ne sont pas de nature pénale lorsque cela est possible. Elle peut émaner du milieu médical (7% des cas en 2014 dans le Finistère) mais également de multiples origines dont les plus fréquentes sont l'Education Nationale (25%), la Justice (11%), la famille (15%), les services du Conseil Général (6%) ou encore le centre d'appel 119 (5%) (7).

Une première étude de l'IP est réalisée par le conseil général au moment de sa réception, elle évalue notamment l'urgence et la gravité de la situation et la nécessité de transmettre le dossier au Procureur de la République. Par la suite une enquête au domicile des parents est réalisée par les différents professionnels sociaux du Conseil Général afin de définir les aides nécessaires aux familles concernées. Un rapport de cette enquête doit être rendu sous 3 mois.

Le RIP se fait par le biais d'un document transmis au Conseil Général faisant état d'une situation impliquant un mineur potentiellement en danger.

Cette démarche peut avoir plusieurs finalités selon les situations rencontrées.

Tout d'abord elle peut aboutir à un classement sans suite dans le cas où l'enquête n'aurait pas révélé d'éléments préoccupants. Ensuite elle peut s'orienter vers un accompagnement médico-social avec la mise en place de mesures administratives ciblant le domaine de carence pour une situation donnée. Enfin elle peut aboutir à la transmission du dossier vers les instances judiciaires en cas de mise en évidence de faits de maltraitance ayant un caractère pénal ou en cas d'absence de collaboration de la part de la famille (6). Le Conseil Général doit également avertir le Procureur lorsque le mineur en danger a déjà fait l'objet de plusieurs démarches administratives sans régulariser la situation ou lorsqu'il est impossible d'évaluer la situation (8).

L'autre démarche prévue par la législation Française pour alerter sur une situation de maltraitance est le signalement judiciaire.

Il s'agit dans ce cas d'effectuer une transmission du dossier directement au Procureur de la République, au substitut du Procureur ou au tribunal de grande instance (TGI) du lieu où se trouve l'enfant. Ce moyen est utilisé lorsque le contexte implique des éléments de nature pénale, que les démarches administratives ne sont pas suffisantes pour assurer la protection de l'enfant ou encore que l'enfant nécessite une protection urgente (pronostic vital engagé). Un double du signalement est également adressé au conseil général (5).

Le magistrat décide alors de déclencher une enquête de police/gendarmerie ou de transmettre le dossier au conseil départemental afin de réaliser une enquête sociale si les éléments ne justifient pas une démarche judiciaire.

Dans les situations d'urgence le procureur peut également prendre des mesures de protection et décider du placement en urgence de l'enfant par l'émission d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Le juge des enfants doit alors être saisi sous 8 jours et dispose d'un délai de 15 jours pour prononcer la mesure (8). Dans ce contexte, le danger doit être certain ou imminent mais sans forcément être une faute pénale. Le juge s'appuie sur des faits précis d'ordre matériel, physique ou psychique (ce dernier cas de figure reste cependant plus difficile à mettre en place).

Il peut en conséquence ordonner des mesures d'investigation et/ou un placement d'urgence à l'hôpital. Ces mesures ne peuvent excéder 6 mois. Par la suite les mesures à moyen et long terme possibles sont le placement et l'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) (qui consiste en l'intervention à domicile d'un travailleur social) Elles ne peuvent excéder 2 ans et peuvent être renouvelées jusqu'à la majorité des enfants (elles peuvent en effet concerner un enfant ou toute une fratrie). Les familles disposent d'une voie de recours devant la cours d'appel qui doit statuer dans les 4 mois en cas de placement provisoire.

4- Place du médecin dans les démarches

Le médecin réalisant un signalement erroné ne peut être accusé de dénonciation calomnieuse s'il n'avait pas conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés initialement selon l'article 226-10 du code pénal (5).

De plus il n'existe pas forcément de lien entre la rédaction d'un signalement ou d'une expertise et la survenue d'une condamnation pénale de l'auteur présumé des faits, en effet le juge se base à la fois sur l'enquête, les conclusions de l'expertise et sur sa propre interprétation des faits (9).

L'article 11 de la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 modifiant l'article 226-14 du code pénal précise que le secret professionnel est levé lorsque le médecin signale des sévices pour les mineurs victimes aux autorités compétentes (5).

La loi du 5 novembre 2015 mentionne le fait que la personne réalisant une IP ou un SJ ne peut être poursuivie si elle est de bonne foi.

Le choix de réaliser un RIP ou un SJ peut mettre en difficulté le praticien par la diversité et la complexité que peuvent présenter certaines situations. Des médecins généralistes interrogés sur les freins à la réalisation des signalements (10), évoquaient de nombreuses difficultés comme la peur de l'erreur diagnostique, le manque de formation ou encore le manque de retour d'information.

Sur 298 médecins généralistes interrogés en 2013 en Ille et Vilaine, seulement 5% avaient été formés sur l'information préoccupante (11), ceci peut participer à la faible détection des situations de mise en danger de l'enfant.

Concernant le département du Finistère pour l'année 2016, 1806 IP ont été recensées par le conseil général et 633 SJ. Les suites données aux 1084 IP finalement évaluées, étaient un classement sans suite pour 426, un SJ pour 251 et la mise en place d'une mesure d'accompagnement pour 142 soit environ 13% (7).

Concernant les signalements judiciaires, 25 ont été réalisés par le CHRU de Brest durant l'année 2015.

Devant la prévalence élevée des situations d'enfance en danger et les nombreux freins existant pour leur détection et leur signalement, il paraissait intéressant de tenter de mettre en évidence les éléments utilisés par des praticiens dans leur pratique quotidienne pour surmonter ces difficultés. En effet les connaissances des médecins dans le domaine de la protection de l'enfance restent parfois floues ce qui implique un sous diagnostic important des situations de maltraitance. De plus les symptômes présentés par les enfants concernés peuvent être totalement aspécifiques et il est capital de savoir reconnaître les signes d'appels lorsqu'ils se manifestent. Dans un rapport sur les traumatismes crâniens du nourrisson mentionné dans un article du New England Journal of Medicine de 2017 (12), un tiers des enfants avec traumatisme crânien grave recensé avaient été examinés trois semaines auparavant par un médecin pour des symptômes non spécifiques. L'amélioration de la détection pourrait donc permettre d'alerter de manière plus précoce et de prévenir des situations plus graves. Le fait de réaliser un diagnostic de mise en danger pourrait permettre de signaler de manière plus juste et efficace.

L'objectif principal de ce travail était de mettre en évidence les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant.

Méthode

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée. Les critères de restitution des études qualitatives COREQ ont été utilisés (13). L'approche qualitative a été privilégiée pour ce travail afin d'explorer le ressenti des personnes concernées dans ces situations.

Un guide d'entretien a été réalisé à la suite d'un travail bibliographique et à partir d'avis d'experts (un pédiatre universitaire, un pédiatre et un médecin généraliste universitaire). Le canevas d'entretien présenté en annexe n° 1 regroupait la question principale et des éléments de discussion autour des situations de maltraitance vécues par les participants à l'étude. Le premier entretien test réalisé à finalement pu être utilisé dans le travail d'analyse du fait de l'intérêt de son contenu. Le guide d'entretien a été transmis à tous les participants avant la réalisation de ces derniers. Il a été modifié au fur et à mesure de la réalisation des entretiens en fonction des éléments répertoriés dans les entretiens précédents selon la méthode de la *Grounded Theory*. (14). Cette méthode analyse un phénomène de manière évolutive en fonction des données récupérées au fur et à mesure de la recherche. Un exemplaire de son entretien a été envoyé à chaque participant pour validation.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée en respectant le principe de variation maximale (15). La population cible était les pédiatres hospitaliers dans le département du Finistère. L'ensemble de ces derniers a été sollicité par mail et relancé à une reprise afin de constituer l'échantillon.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail de chacun des participants. Ils ont été réalisés par un interne en médecine générale. Les participants avaient donné leur accord au préalable pour leur réalisation. L'enregistrement des entretiens a été réalisé par l'intermédiaire d'un dictaphone intégré sur smartphone associé à une prise de note manuscrite. Les entretiens ont été retranscrits de manière anonyme sur le logiciel Microsoft Word® afin de composer le verbatim de l'étude.

Les entretiens ont été analysés selon une perspective d'analyse phénoménologique c'est à dire se basant directement sur l'expérience des personnes sollicitées. L'analyse a été réalisée par codage ouvert puis en codage axial et enfin en codage sélectif dégageant quatre grands thèmes. Le codage ouvert a été réalisé par l'investigateur et par le pédiatre directeur de thèse. Les thèmes du codage axial ont été mis en place parallèlement à la réalisation des entretiens. Le codage a été réalisé à l'aide des logiciels Microsoft Word® et NVivo®.

Résultats

De Novembre 2016 à Juillet 2017, dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de pédiatres (7 femmes et 3 hommes) travaillant dans trois services de pédiatrie hospitaliers du Finistère (CHU de Brest, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper) et dans différents types de services hospitaliers pédiatriques (Réanimation, Urgences, Pédiatrie générale). La durée moyenne des entretiens était de 36,9 min avec un maximum de 46,52 min et un minimum de 30,07 min.

Le codage a été réalisé en parallèle de la réalisation des entretiens. Le double codage ouvert a permis de dégager 2454 codes ouverts regroupés en 45 codes axiaux et enfin 4 codes sélectifs. La saturation des données a été atteinte après le 9^e entretien et le travail a été complété par un entretien supplémentaire. L'arbre de codage est représenté par la figure n°1 qui met en évidence les catégories du codage sélectif dans lesquelles sont incluses les sous catégories du codage axial.

Les grands axes de résultats ont été élaborés à partir du codage sélectif :

- La protection de l'enfance au cœur de l'activité du médecin.
- L'acte de signalement : un acte difficile.
- Facteurs influençant la décision de signalement.
- Outils pour améliorer les pratiques.

Ce travail a permis de mettre en évidence différentes catégories de moyens utilisés par les médecins pour orienter leur choix sur la démarche la plus appropriée.

1- Éléments anamnestiques intervenant dans la prise de décision

Ces dix entretiens ont permis de mettre en évidence de nombreux éléments étayant la réflexion des médecins pour choisir la démarche la plus adaptée à l'enfant.

Tout d'abord certains éléments anamnestiques permettaient d'orienter la décision. Parmi ceux-là la notion de RIP ou de SJ antérieur impliquaient pour certains pédiatres la réalisation d'un SJ.

Les éléments de l'histoire antérieure, les antécédents ainsi que la cohérence de l'histoire décrite par les parents orientaient également le choix pour une majorité des médecins. Le carnet de santé était cité et ne comportait en général pas d'éléments déterminants sauf le fait de constater une rupture du suivi. D'autres éléments comme la mise en danger, la nature du traumatisme et les conflits parentaux ont également été cités.

Parmi les éléments de l'anamnèse, les propos des enfants avaient une place prépondérante, ils devaient être pondérés à l'âge. « Il faut que tout le personnel autour [...] puisse bien noter les propos des enfants [...] après le risque c'est de rentrer dans l'interprétation, de vouloir faire redire à l'enfant ... » P1. Plusieurs entretiens évoquaient le caractère influençable des propos des enfants par exemple lors des conflits conjugaux. L'idée de prudence quant à leur interprétation était également évoquée. Certains pédiatres évoquaient le caractère particulier des propos concernant des abus sexuels (P8, P9) : « ...la plupart des situations d'abus sexuels ce sont des faits rapportés [...] quand on fait un signalement sur des suspicions d'abus sexuels, on n'est pas obligé de prouver qu'il y a abus ... » P9.

Figure n°1 : Arbres de codage

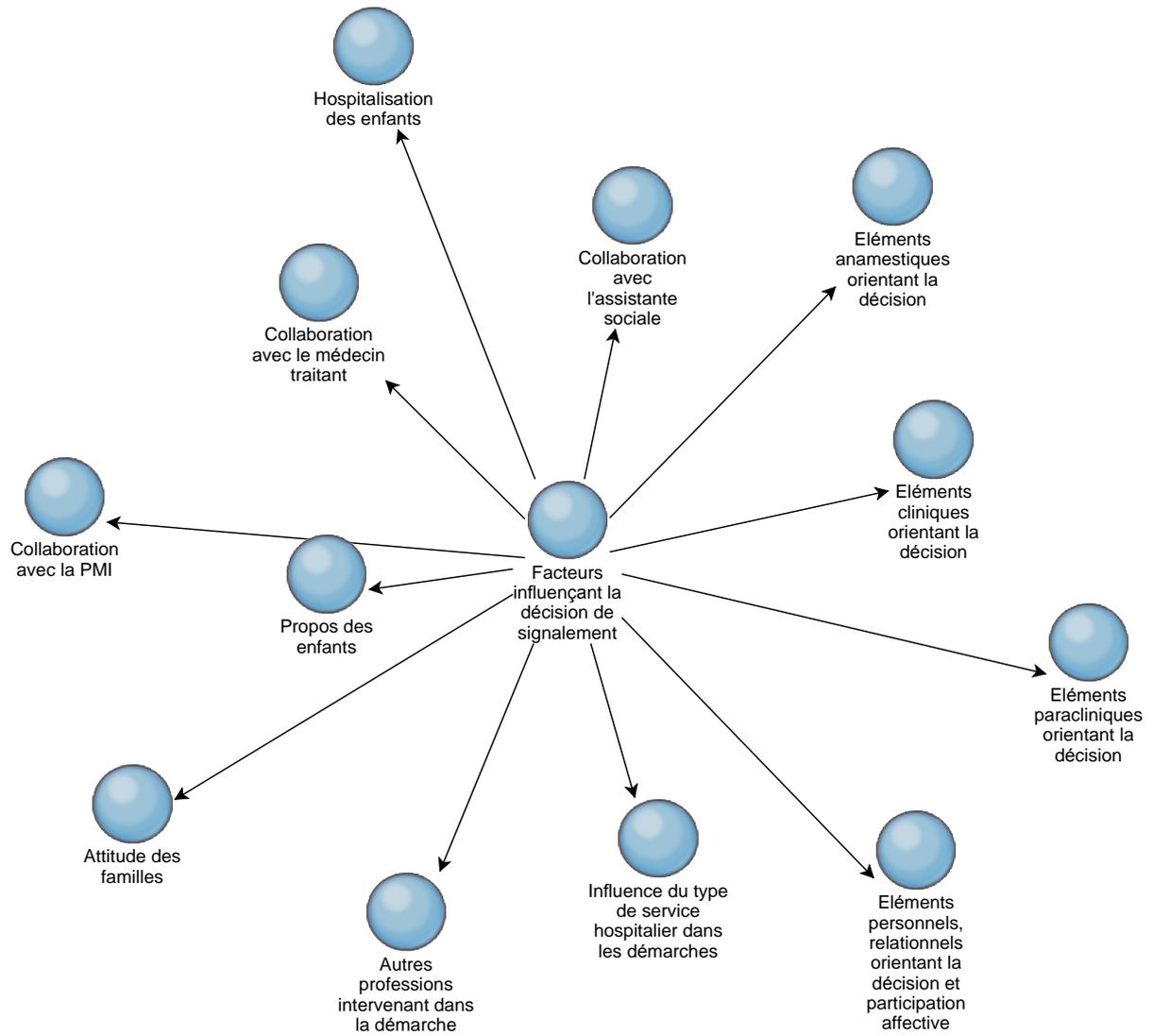


Figure n°1 (suite) :

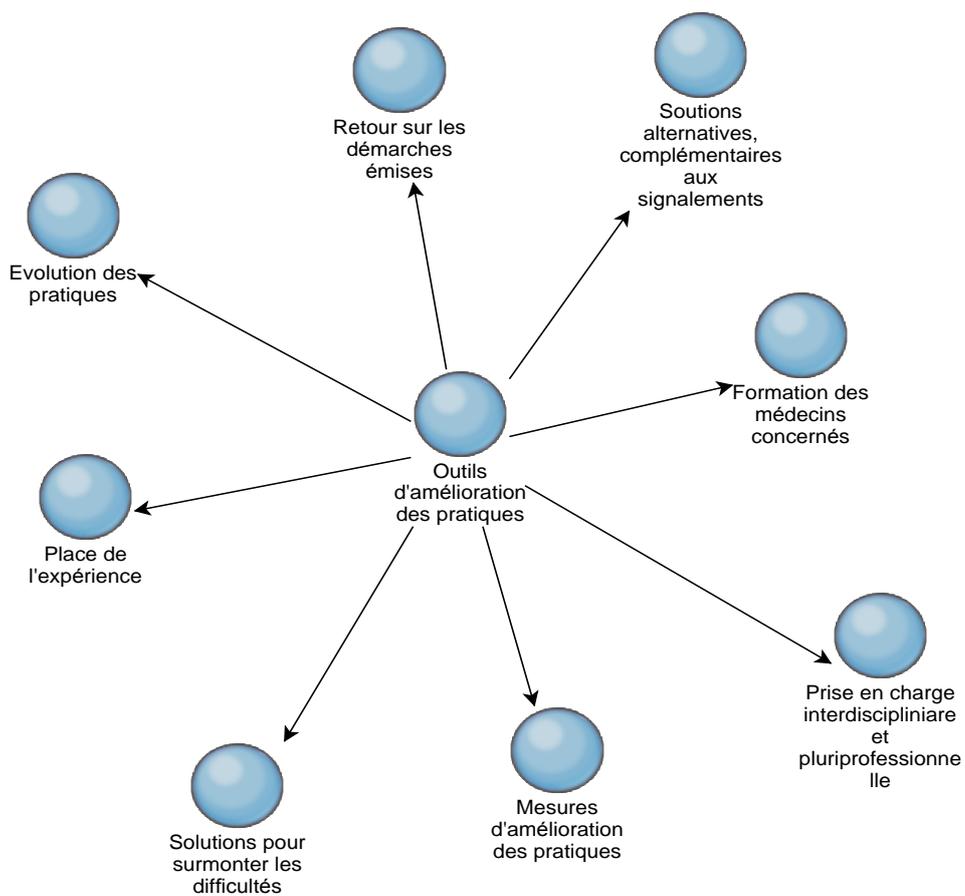
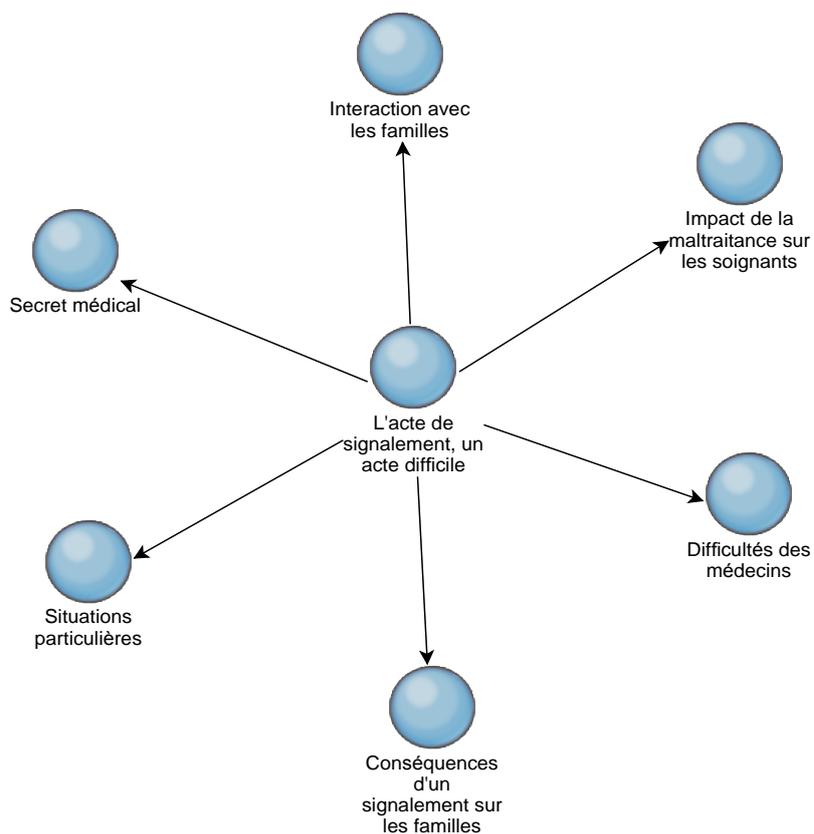
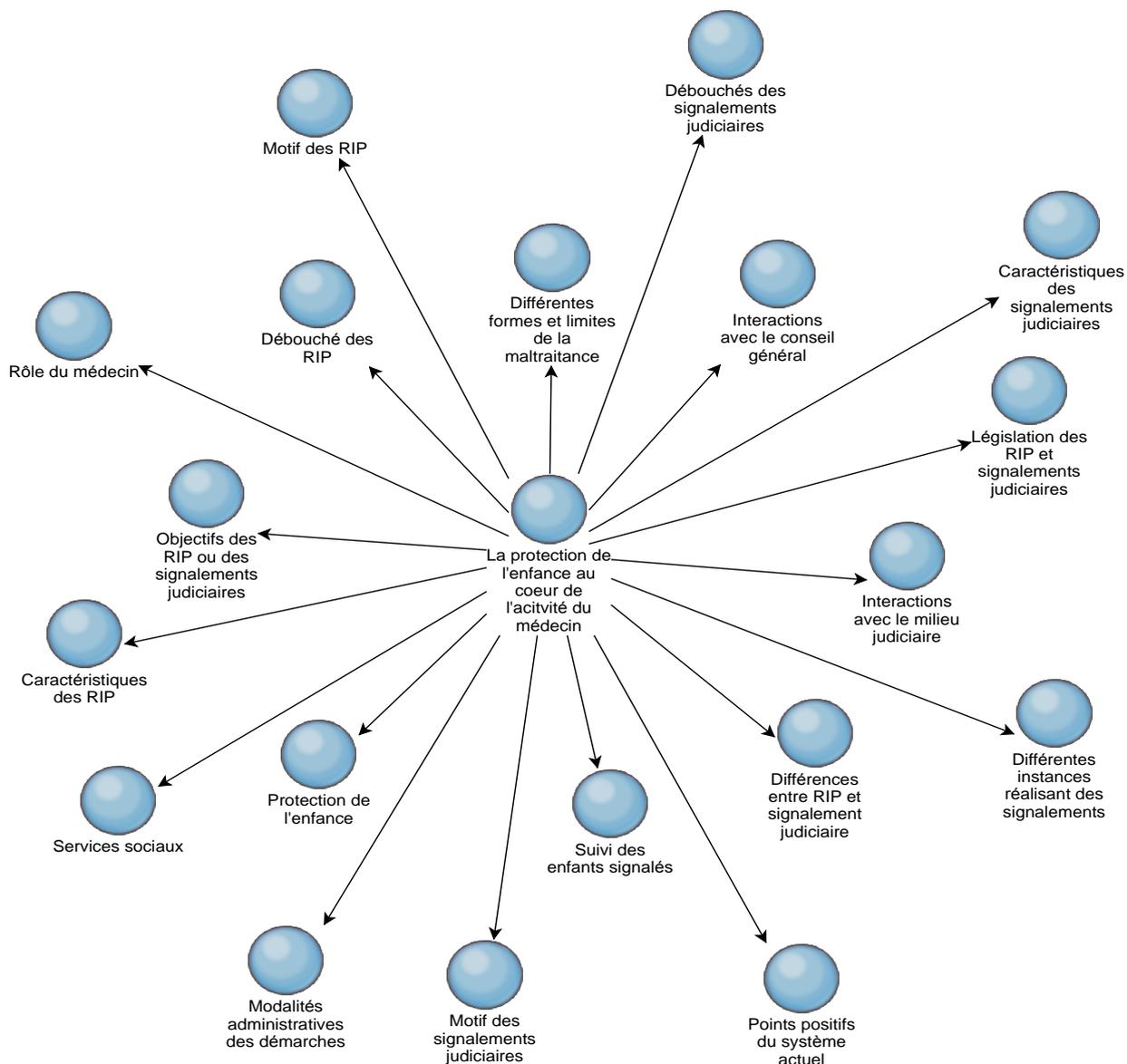


Figure n°1 (suite) :



2- Éléments cliniques et paracliniques orientant le choix

Dans la continuité de l'anamnèse, de nombreux éléments cliniques aidaient à la prise de décision. Les lésions polymorphes sans étiologie précises ou acquises avant la marche : « en fait il y a certaines lésions où l'on n'a pas de doute, un enfant qui ne marche pas encore il ne peut pas se faire de bleus à certains endroits. » P7. La présence de signes de gravité (neurologiques, traumatologiques, respiratoires) ainsi que le retentissement majeur de certaines carences orientaient vers un SJ. Les participants évoquaient également l'analyse de l'attitude de l'enfant. Les intoxications cannabiques étaient citées à plusieurs reprises pour illustrer des situations litigieuses. En effet, le coma engendré par l'intoxication cannabique pouvait être perçu comme un élément de gravité et orienter vers un signalement mais dans le cas d'une ingestion accidentelle cela pouvait également être comparé un accident domestique sans nécessité d'être signalé (P8). Le choix se faisait entre autre sur la cohérence de l'histoire des parents. « En fait ce n'était pas clair, c'est toujours ça, à la rigueur elle aurait dit « bon mon mari fume, il y a une boulette qui est restée trainer, la gamine l'a prise ». Ok, sauf que pendant 72 heures elle nous a tenu un discours complètement inverse » P8. Les médecins analysaient donc également la manière dont était présentée la situation par les parents et ceci rentre en considération pour la suite.

Le recours à l'hospitalisation des enfants était une solution évoquée de façon consensuelle pour trancher dans des situations douteuses : « C'est l'intérêt souvent de l'hospitalisation dans ce contexte, c'est que finalement on a un temps d'observation comme ça de l'enfant et on recueille nous des informations sur l'enfant lui-même qui ne sont pas forcément faciles à obtenir à l'extérieur » P1.

Elle permettait un temps d'observation et la réalisation d'examens complémentaires (fond d'œil, scanner, scintigraphie osseuse) afin d'éliminer une étiologie organique : « on a pas mal d'enfants pour lesquels le diagnostic de sous dural par exemple est posé aux urgences mais les autres éléments factuels qui vont conclure au bébé secoué on ne les a pas toujours donc le signalement est souvent fait en hospitalisation au décours du bilan » P9. Cette démarche permettait également de mettre l'enfant en sécurité.

L'activité des services influençait aussi le type de signalement : les pédiatres aux urgences ou en réanimation, plus fréquemment confrontés à des situations de gravité, avaient tendance à réaliser plus de SJ contrairement aux services de pédiatrie médicale où étaient réalisés plus de RIP.

3- Éléments relationnels, participation affective à la décision

L'attitude des familles était également un élément potentiellement déterminant. De manière générale on retrouvait une tendance à la réalisation d'un RIP ou d'une démarche « à l'amiable » lorsque les familles adhéraient à la prise en charge : « finalement avec l'assistante sociale comme la maman était coopérante, ils sont allés au CDAS et du coup il y a un suivi éducatif qui s'est mis en place parce que l'on sait que parfois ça va plus vite que la procédure parce qu'il faut une enquête » P5.

A contrario, les familles refusant systématiquement toutes les aides proposées pouvaient faire l'objet d'un SJ. En effet, les services sociaux sont bloqués en cas de refus des familles (P1, P2). On retrouvait cependant des avis contraires : pour P6, les familles refusant les soins étaient souvent des familles en difficulté et ceci devait motiver d'avantage la sollicitation du conseil général, qui pourra réaliser un SJ en cas de nécessité. P9 ajoute également que le refus des familles n'est pas toujours durable et peut survenir sur une situation à chaud. Pour P8 c'est le fait que les parents prennent conscience de la gravité de la situation qui était le plus déterminant.

L'enfance en danger impliquait chez tous les médecins une participation affective : « Quand il n'y a pas d'explication que c'est très flou et que les gens nous parlent en plus très mal en disant « ça ne vous regarde pas ! » ou des explications très absurdes, oui là il y a un signal d'alarme [...] c'est une espèce de sensation, un sentiment ... » P8. Parfois l'importance de l'impact émotionnel sur le médecin peut également rentrer en compte dans la prise de décision : « oui, non je n'ai pas hésité hein je crois que l'assistante sociale voulait juste faire un RIP et moi je trouvais ça tellement immonde [...] donc je me suis dit « je vais faire un signalement au procureur » chose que j'ai faite » P10.

La question du doute était au centre de leur décision. Lever ce doute était pour eux l'objectif principal de la mesure de protection : « dès que l'on se pose la question est-ce que cet enfant va bien, est-ce que cet enfant est en sécurité je crois qu'il faut faire un RIP » P8. Pour P6 la culture du doute était importante chez les médecins car elle permettait la remise en question : « il n'y a pas une catégorie de personne qui détient la vérité [...] tu vois un peu d'humilité et un peu de doute c'est pas mal aussi ». On retrouve également l'utilisation d'un sentiment personnel, d'une notion subjective dans l'aide au choix avec cependant la nécessité de maximiser l'objectivité chez P4 et P6. « Quand tu te poses en « celui qui sait, qui a la vérité » ça ne marche pas hein, souvent ça marche peu. C'est vrai que c'est peut-être moins facile d'être médecin maintenant qu'il y a deux générations mais c'est à mon avis plus intéressant » P6.

Plusieurs pédiatres avaient une vision assez claire des situations de maltraitances et peu de situations problématiques dans le choix de la démarche de signalement : « Soit il y a une situation où l'enfant est à risque d'être en danger, soit il est en danger et là on est plus dans normalement la nécessité de faire un relevé d'information préoccupante et s'il y a des faits objectifs [...] s'il n'y a pas une origine précise, traumatique ou médicale on doit forcément penser à une maltraitance donc là on fait un signalement » P4 ou encore « Entre RIP et signalement heu, je trouve que finalement on sait très vite ce que l'on va faire en fait » P10.

4- Apport des échanges interprofessionnels

Un autre versant des éléments utilisés par les médecins pour s'aider dans leur démarche était la collaboration avec différents professionnels.

Les assistantes sociales occupaient une place prépondérante dans cette collaboration. Les pédiatres ont beaucoup insisté sur leur participation. Leur rôle était de récupérer les antécédents sociaux des familles concernées, et de faire le lien avec le conseil général ou la PMI. Leurs compétences professionnelles en faisaient des acteurs à part entière de la démarche décisionnelle. Elles participaient également dans certains cas à la réalisation du signalement (P5).

La collaboration avec la PMI était également un recours régulier des pédiatres. La réalisation de fiches de liaisons permettait de faire le lien avec la PMI et le fait de connaître les médecins facilitait la communication selon P10 : « il y a une interne d'ici qui est médecin de PMI donc voilà c'est plus facile on se contacte plus facilement » P10. Les informations récupérées auprès de la PMI permettaient d'orienter le choix. Une des limites pointées par P1 était que la PMI ne peut imposer son enquête si les familles ne le souhaitent pas : « on attend que la PMI passe et les parents ferment la porte à la PMI, la PMI dit ah bah nous on n'a pas pu rencontrer la famille on ne sait pas donc on ne fait rien de plus ».

La prise de contact avec le médecin traitant était également importante. Il avait parfois permis à certains pédiatres de trancher (P2, P9). Le médecin traitant faisait partie des personnes pouvant donner l'alerte mais il arrive aussi que les familles en difficulté aient peu recours à ce dernier. Ils pouvaient permettre de situer l'enfant au sein d'une famille, d'avoir une approche plus globale mais ils ne connaissaient parfois pas bien les enfants concernés du fait d'un nomadisme médical.

Un des pédiatres reconnaissait ne pas contacter suffisamment les médecins traitants et critiquait son attitude : « je pense que c'est une erreur de ma part de ne pas le faire quoi, je le fais mais pas assez je pense » P10.

D'autres professions étaient citées comme pouvant aider à la prise de décision : les pédopsychiatres, le médecin légiste, les psychologues, les équipes hospitalières, le médecin scolaire, la pharmacie et parfois les forces de l'ordre.

5- RIP ou SJ : quels arguments pour choisir ?

La protection de l'enfance est une notion s'intégrant progressivement au cœur de l'activité des médecins concernés par la population pédiatrique. Il était cependant nécessaire de poursuivre ce travail de familiarisation de l'enfance en danger : « Pendant longtemps la mucoviscidose, tout le monde faisait un peu de muco et puis on s'est dit non ce n'est pas possible il faut organiser ça [...] et maintenant la filière est organisée [...] il faudrait arriver à faire la même chose pour la protection de l'enfance » P6. En effet la maltraitance faisait partie du quotidien des praticiens de l'enfance d'après P8.

La maltraitance pouvait se manifester selon différentes formes et plusieurs participants ont rappelé combien la violence ne se limitait pas exclusivement à une violence physique. De plus les limites étaient parfois difficiles à fixer lorsque les violences s'intégraient dans certaines pratiques culturelles ou lors d'un contexte de violences conjugales : « Par exemple est-ce que l'on peut considérer qu'il peut y avoir des différences culturelles dans le mode d'éducation de l'enfant ? » P6.

Les signalements étaient présentés par différents pédiatres comme des mesures d'aide de l'enfant et de soutien des familles permettant d'éviter la reproduction de situations à risques. La démarche n'était pas un jugement mais permettait de prévenir des situations potentiellement graves : « Ce n'est pas du tout un jugement moi je constate juste que là c'est une situation qui a été dangereuse et il faut que l'on évite que ça se reproduise » P5. P8 rappelle la nécessité de garder l'enfant au centre de la démarche et définit les signalements au sens général comme des mesures de protection des enfants en danger : « le premier leitmotiv c'est de protéger l'enfant ».

Concernant les modalités administratives, plusieurs pédiatres ont évoqué le caractère bien organisé des démarches de signalement : “

- BC : donc oui au niveau des démarches, tel que c'est organisé, c'est quelque chose qui est plutôt équilibré de votre point de vue en fait ?
- P : oui moi j'ai l'impression » P3.

Par ailleurs, P5 rapporte que les modalités de rédaction des RIP sont encore trop méconnues des pédiatres : « les RIP et tout ça et on ne connaît pas assez comment ça fonctionne ».

Les signalements judiciaires étaient réalisés par la plupart des pédiatres dans les situations de mise en danger imminente de l'enfant (syndrome du bébé secoué, maltraitance avérée, abus sexuels). P1 ajoutait également les négligences sévères et la volonté de ne pas perdre de vue les familles : « Si c'est un signalement judiciaire normalement il y a une machine qui se met en route qui fait qu'il n'y aura pas de perdu de vue, le juge est saisi ».

P4 insistait sur la nécessité de rapporter des faits objectifs. P10 parlait également du manque d'efficacité des RIP : « On sait qu'en plus un RIP parfois c'est un peu pris à la légère, on est quand même inquiet donc on a changé notre décision... ».

P3 évoquait également l'existence de RIP antérieur comme favorisant la réalisation de SJ. Les hématomes de cause non retrouvée n'impliquaient pas de manière unanime la réalisation d'un SJ. Il existe donc certains motifs pour lesquels le signalement était évident et ne générait pas d'hésitation mais d'autres pouvaient poser plus de difficultés pour les médecins.

Certains pédiatres comme P1 préféraient le meilleur encadrement mis en place par le système judiciaire et évoquaient une enquête de meilleure qualité : « si ça le justifie c'est un signalement judiciaire pour poser un cadre imposé aux parents et pour imposer aux parents ce qui doit être fait pour l'enfant ».

Par ailleurs plusieurs pédiatres privilégiaient les SJ du fait de la rapidité plus importante de la démarche. P7 parlait également de la plus grande fréquence des SJ chez les nourrissons : « Moi j'ai rarement à faire des RIP, je fais plus des signalements, ben chez les nourrissons c'est souvent une suspicion de maltraitance ».

Les RIP ne paraissaient pas adaptés lors de réelles situations de mise en danger de l'enfant : « si vraiment il y a RIP d'urgence c'est un signalement quoi et à un moment il faut se décider, il faut avoir le courage de le faire » P10.

Ils étaient quasi unanimement décrits comme une démarche longue qui ne relevait pas en général du domaine de l'urgence : « des urgences je pense qu'il n'y a pas beaucoup de RIP qui partent, il y a des signalements mais il y a peu de RIP » P9.

Certains pédiatres avouaient méconnaître la nature exacte des modalités des RIP. P6 évoquait le fait que cette démarche permettait à l'inverse des SJ, de préserver le lien avec les familles : « à partir du moment où on présente le RIP pour essayer de trouver une solution avec eux pour les aider, ça passe mieux. Ça ne fait pas d'eux des délinquants d'emblée »

On retrouve également à plusieurs reprises le RIP présenté comme une aide aux parents permettant chez eux une prise de conscience (P7).

Ils étaient globalement réalisés devant des tableaux de négligences ou de carences éducatives ou nutritionnelles. P2 parle de comportement inadapté des parents : « ils pourraient avoir un comportement inadapté avec mise en danger de l'enfant » Certains pédiatres rapportaient également la réalisation d'un RIP du fait de l'absence de contrôle de l'observance par des parents dont les enfants sont porteurs de pathologies chroniques (P5 : diabète, P7 : asthme) : « j'ai fait le RIP [...] il a pris son traitement et ça a vraiment stabilisé son asthme donc ça a servi à secouer les parents ».

Les débouchés cités étaient les mesures éducatives et sociales mais P1 critiquait l'absence de démarche mise en place dans certaines situations. Plusieurs médecins pointaient la difficulté de préserver un suivi des enfants une fois la démarche de signalement réalisée : « non normalement il n'y a pas de rupture de suivi. Ça on essaye, on essaye. » P3.

6- Interaction avec les autres instances

Concernant le Conseil Général, le manque de communication était une idée récurrente et certains pédiatres estimaient que la cellule de recueil des informations préoccupantes du Finistère était méconnue. On retrouve également l'idée d'une organisation complexe avec des personnes difficilement joignables : « il y a un médecin à la CRIP mais pour l'instant on ne sait pas son adresse et son nom, du coup on envoie au CDAS de l'enfant et un double à la PMI et au médecin traitant souvent et aux parents et heu mais ce serait bien d'avoir un nom direct, ce serait plus facile. » P7.

A propos du milieu judiciaire, on retrouvait également de manière quasi unanime un manque de communication ou des difficultés à joindre les différents représentants (lors des gardes, nuit, week-end) avec parfois des difficultés pour articuler la démarche de chacun. « Le substitut du procureur [...] elle me dit bah non je n'ai pas fait d'OPP, vous faites ce que vous voulez. Bah non ça ne marche pas comme ça. » P7. Un pédiatre rapportait une réunion annuelle avec le parquet pour faciliter les échanges entre les différentes professions : « on a une réunion une fois par an avec les représentants du parquet, en général il y a le procureur et le substitut aux mineurs, les gens de la gendarmerie et de la police. Voilà donc il y a des rencontres. Je pense que ça déjà ce n'est pas mal de se rencontrer » P7.

P8 évoquait également le rôle important des juges dans les situations de conflits parentaux car cela permet de dédouaner l'enfant d'un conflit de loyauté.

L'ensemble des entretiens faisait ressortir le fait que le médecin possède un rôle de signalement mais que le rôle d'enquête et de jugement revient au système judiciaire ou social. « Quand je le fais c'est vraiment en conscience et je me dis toujours que je suis le médecin de l'enfant et qu'est ce qui est le mieux pour l'enfant ? » P8. P6 rappelle que le médecin doit rester dans son rôle et n'a pas à juger des décisions prises par les différentes instances. P9 évoque aussi un rôle de prévention et d'éducation : « je pense qu'il faut essayer de travailler avec les parents qu'il faut essayer de prévenir et d'entendre leurs difficultés et que toutes ces situations-là peuvent être le reflet de leurs difficultés »

7- L'acte de signalement : un acte difficile

L'ensemble des médecins interrogés décrivaient les démarches de signalement comme une situation difficile par de nombreux aspects. Les situations où le médecin se retrouvait seul à devoir prendre la décision augmentaient les contraintes de ces démarches. Les gardes, les week-end, les urgences étaient des exemples récurrents : les solutions d'aide habituelles comme l'assistante sociale ou le médecin généraliste n'étaient pas abordables : « ça peut être du week-end donc peu ou pas d'assistante sociale, pas de médecin traitant... » P2. Le fait de devoir prendre une décision seul accentuait cela : « les libéraux, je pense que c'est encore plus dur pour eux, parce qu'ils sont tout seuls dans leur cabinet et qu'ils disent « si je me plante, quelles conséquences pour moi, pour le gamin » P10. On retrouve par ailleurs une difficulté accentuée lors de la présence de situations floues, complexes ou litigieuses lorsque le diagnostic de maltraitance n'est pas évident au premier plan. P3 rapportait que les lésions sans explication médicale impliquaient un choix difficile dans la démarche :

« BC : Alors est-ce que dans votre pratique vous avez en mémoire des situations de RIP ou de signalement qui vous sont restées comme étant particulièrement compliquées, difficiles [...] ?

P : Oui bah oui des situations où on hésite entre les deux ou souvent des choses pas très franches quoi en fait... »

Une des autres difficultés majeures retrouvée était la peur de passer à côté ou de ne pas voir la démarche aboutir : « Je pense que l'on a plus tendance à avoir peur de rater une situation qui peut mettre en danger l'enfant » P4.

Exemple la situation, traumatisante, d'un enfant ayant subi des violences sexuelles durant plusieurs années et dont les troubles digestifs polymorphes qu'il présentait n'avaient pas évoqué une maltraitance du fait du milieu social aisé de la famille : « Le père était officier supérieur dans l'armée etc. donc c'était une hypothèse que l'on n'avait même pas évoquée en fait, donc ça m'avait énormément troublé parce que l'on n'avait pas été bon quoi. » P6.

P6 évoquait également la position centrale du médecin traitant au sein des familles. Selon lui cette position pouvait freiner certaines démarches de signalement du fait de la réputation future qu'elles pourraient conférer au praticien : « Et puis moi je n'ai pas une clientèle à défendre, tu vois un médecin généraliste dans un, je ne sais pas n'importe où, il fait un RIP, très vite les gens le savent hein, c'est le toubib qui a fait un RIP, c'est le toubib qui va confier l'enfant à l'aide sociale à l'enfance, c'est dur à assumer hein comme statut ». On retrouvait des difficultés telles que l'absence de traçabilité des antécédents sociaux dans les dossiers médicaux ou encore le caractère chronophage de ce type de démarche et la méconnaissance du fonctionnement pratique des signalements : l'organisation est quand même complexe hein, encore plus complexe dans le Finistère puisqu'il n'y a pas une CRIP, c'est délocalisé en 18 territoires d'action sociale donc vas-t-en expliquer ça à un médecin généraliste qui va faire un RIP une fois tous les 10 ans, enfin ils pourraient en faire sans doute plus mais c'est compliqué » P6.

Certains médecins avouaient également avoir du mal à éprouver de l'empathie envers des personnes suspectes de mauvais traitements : « je trouve que c'est toujours très difficile de le faire sans que les parents sentent une accusation [...] je trouve difficile, même avec l'expérience de rester neutre jusqu'au bout » P4.

Les cas de maltraitance auxquels ont pu être confrontés les différents participants ont également eu un impact important sur plusieurs d'entre eux. On retrouve en effet parmi les entretiens l'évocation de situations marquantes, bouleversantes voire traumatisantes pour les équipes soignantes : « ouais donc automatiquement hein comme un gynéco qui a du mal à sortir un siège une fois bah il césarisera dix fois les prochains, quand on a une histoire comme ça on ne sera plus heu [...] moi j'ai un travail à faire avec l'enfant je dois le sauver » P2.

Les éventuelles situations vécues comme des échecs ont amené à une remise en question de la pratique des médecins. On note également chez certains un sentiment de culpabilité lors de la réalisation des signalements.

Le maintien du secret professionnel pouvait également poser problème pour échanger avec d'autres professionnels. Le milieu scolaire par exemple lorsque le médecin scolaire n'était pas joignable. Cependant P9 rappelle que le secret professionnel ne devait pas être un frein lors de la transmission de données importantes : « alors, c'est vrai que normalement on est censé, sinon en discuter nous avec le médecin scolaire si nous on veut échanger sur la situation et nous raconter effectivement ce qu'il en est. Sinon ça n'empêche pas de recueillir des informations sans forcément dire pourquoi enfin on peut aussi dire que l'on a une inquiétude pour un motif de passage aux urgences et que l'on veut des détails sur la situation à l'école. Voilà après ça reste un travail effectivement, enfin le but est de protéger l'enfant aussi, même entre personnes il y a le secret médical mais si c'est pour le bien du patient en priorité on a le droit de lever une partie »

La notion des interactions avec les familles était également prépondérante lors des entretiens. Les pédiatres s'accordaient à dire que l'information des familles devait être systématiquement réalisée lors de la réalisation d'une démarche de signalement à leur rencontre. Cependant un des médecins rapportait le reproche qui lui a été fait par les autorités judiciaires car la famille informée avait pu préparer et modifier son discours (P2).

Ce moment d'annonce était décrit à plusieurs reprises comme une situation difficile : « ça nous met mal à l'aise et quelle que soit la situation on a quand même un bout de chemin à faire avec la famille et on n'est pas juge et on n'a pas envie de modifier cette façon de faire » P2.

Il fallait cependant préserver le lien avec les familles afin d'optimiser la prise en charge et éviter les situations de blocage (P6).

Un exemple était cité par P9 de signalement réalisé à posteriori après relecture du dossier ce qui a considérablement compliqué les démarches : « oui et c'est souvent effectivement pour les gens qui sont moins habitués et ou alors ouais pendant les gardes parce qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils n'ont pas fait attention ou parce que l'interne a moins été vigilant et n'en n'a pas parlé au senior de garde et du coup...parce que nous on va avoir le temps de reprendre l'antériorité en disant « bah attention moi celui-là je l'ai déjà vu aux urgences, ah oui c'est vrai qu'il était déjà venu pour ça, non là c'est trop je refais une fiche de liaison ». Donc ça arrive qu'on le fasse à posteriori... »

Ces signalements pouvaient avoir de lourdes conséquences sur les enfants et leurs familles : déclencher des enquêtes, aboutir au placement temporaire ou définitif des enfants. P9 prenait en exemple le cas d'une famille dont seul l'un des deux parents était coupable de maltraitance mais les deux avaient été impactés par la procédure judiciaire : « le père a été entendu et il a été traité comme un moins que rien, il a été mis en garde à vue pendant 24H. Lui n'y était pour rien il essayait de sauver sa situation familiale etc. et ça a été catastrophique, le papa était démolé ». Certaines situations particulières étaient également sources de difficultés.

L'entretien n°2 est illustré par le cas d'une fratrie pour laquelle la question du signalement préventif des autres enfants s'était posée.

Plusieurs médecins évoquaient les conflits conjugaux comme des situations particulièrement délicates où la vigilance devait être accrue du fait d'une instrumentalisation récurrente des enfants et d'une possible manipulation par l'un des parents : « ça peut arriver mais on est très, très prudent car on sait qu'il y a énormément de choses qui se jouent et beaucoup de manipulation donc ce sont les situations les plus difficiles parce que souvent voilà on a très peu d'éléments et donc c'est souvent plus la justice qui tranche dans ces cas-là. » P5.

Enfin, les suspicions d'abus sexuels citées à plusieurs reprises doivent générer un signalement judiciaire dès la moindre allégation car les lésions objectives sont souvent très pauvres et les conséquences lourdes : « tout ce qui est abus sexuels par exemple, mais bon là ce sont des signalements d'emblée » P9.

8- Outils pour améliorer les pratiques

Pour les pédiatres interrogés, le domaine de l'enfance en danger était en évolution constante. Les pratiques avaient considérablement changé au cours des trois dernières décennies. L'intervention de l'assistante sociale et des services sociaux occupait une place beaucoup plus centrale. De nombreuses situations de violence n'interpellaient pas il y a encore quelques années. P6 évoquait ainsi les châtiments corporels ou encore la violence psychologique que subissent les enfants au cœur de conflits parentaux. Il notait une meilleure prise en compte de la maltraitance dans l'opinion médicale et générale.

Cependant P7 évoquait une prévalence estimée dans la littérature bien au-dessus des situations remarquées dans le quotidien : « On lit beaucoup d'articles et autres où l'on dit qu'il y a beaucoup d'enfants maltraités et peu de RIP ou de signalements par rapport à ce qu'il faudrait... ».

Cette évolution des pratiques passait avant tout par la formation des professionnels concernés. Pour plusieurs des pédiatres interrogés la formation initiale était encore bien trop pauvre sur le sujet de la protection de l'enfance. Certaines professions comme les puéricultrices ont une formation plus complète : « Je pense qu'actuellement les mieux formés en formation initiales ce sont les puéricultrices. Elles ont un module là-dessus et puis elles font des stages en PMI et tout ça. » (P6).

Tous les professionnels intervenant dans la prise-en charge des enfants devraient être formés pour cela. P7 pointait également les lacunes en droit des médecins qu'il serait intéressant de combler lors de la formation initiale. P9 évoquait l'utilité de la mise en place de campagnes de formation.

La notion d'expérience avait également une place importante dans le domaine de la protection de l'enfance. Plusieurs pédiatres disaient moins hésiter à réaliser des signalements après avoir été confrontés à des situations très douloureuses. Les RIP et les signalements faisaient parfois peur aux médecins en début de carrière. La prise de confiance influait sur la prise de décision (P10). L'expérience permettait également une détection plus efficace des situations à risque (P9).

Les pédiatres interrogés proposaient différentes mesures d'amélioration comme la création d'une mesure intermédiaire entre RIP et SJ afin d'éviter les pertes de vue de certains dossiers par P1. Les participants ont mentionné trois initiatives locales. Le CHU de Brest a mis en place la participation d'un médecin spécialisé dans la protection de l'enfance afin de discuter des dossiers litigieux (P3) avec la réalisation d'une fiche « protection de l'enfance ». Le CH de Quimper bénéficie de l'expérience de l'unité médico-judiciaire présente en son sein où certains des pédiatres y réalisent des expertises pour le tribunal. Afin de limiter la solitude du médecin, P7 expliquait la mise en place d'un médecin d'astreinte pour chaque soir de garde. Ceci permettait de favoriser l'échange avec un autre collègue hors des heures ouvrables.

P9 parlait aussi de l'utilité des logiciels des urgences qui permettent une traçabilité des passages antérieurs et ainsi de retrouver des situations suspectes.

Afin de faciliter les démarches et de préserver le lien avec les familles, plusieurs médecins mettaient directement en lien les familles ne relevant pas du SJ, avec les services sociaux concernés sans réaliser de RIP (P3, P5, P7). Certaines familles étaient par exemple directement orientées vers la PMI ou le centre départemental d'action sociale (CDAS).

Un autre axe d'amélioration récurrent lors des entretiens était la question des retours d'information sur les démarches réalisées. Tous les entretiens rapportaient une absence systématique de retour officiel du conseil général ou des instances judiciaires. Les seuls éventuels retours étaient fait de manière informelle par l'intermédiaire des assistantes sociales ou de divers médias : P4 citait en effet un article dans la presse. La plupart des pédiatres interrogés considéraient que cette absence de retour était problématique et que cela permettrait une amélioration de leurs pratiques futures : « ...nous on va nous obliger à réaliser un certificat circonstancié [...] et là zéro retour ». P2. Quelques médecins ont apporté des nuances à cette constatation. P4 estimait que la justice n'avait pas à communiquer le résultat des enquêtes aux médecins une fois que le dossier leur était confié : « Parce qu'on n'a pas à juger et se dire que les gens vont être emprisonnés ou autre ça ce n'est vraiment pas de notre ressort. Donc après le retour ça appartient à la justice ». Il évoquait d'autre part le fait que le retour sur les RIP serait intéressant afin de mieux connaître le Conseil Général et la manière dont y sont prises les décisions.

P6 signalait que le travail en amont était plus important que la constatation des résultats « je ne suis pas sûr, je ne sais pas, je pense qu'il faut un travail un peu en amont de ça et c'est ce que l'on essaye de faire ici, c'est heu d'avoir des réunions avec le conseil départemental ». Il évoquait l'idée que ce retour ne serait utile que pour satisfaire la curiosité des médecins alors que l'utilité pour améliorer la prise en charge des enfants en danger n'était pas si évidente : « Que l'on ait un retour, sans doute que ce serait bien mais est-ce que c'est juste pour nous faire plaisir à nous ? Pour satisfaire une certaine curiosité ou est-ce que ça a un intérêt pour l'enfant ? Je pense qu'il faudrait s'interroger là-dessus... ». Il fallait selon ce dernier garder l'enfant au centre des préoccupations. P8 évoquait également une possible perte d'objectivité en cas de retour régulier sur chacune des démarches : « peut-être que ce n'est pas une bonne idée parce que aussi bien si une fois il y a eu une condamnation parce qu'on a prouvé par A plus B que c'était ça, après on va faire un espèce d'amalgame en disant bah « pour tous ceux-là... » enfin on perdrait de l'objectivité ».

La dernière grande piste décrite par les différents médecins pour améliorer la prise en charge de l'enfance en danger était la prise en charge interdisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Les médecins interrogés s'accordaient sur le caractère indispensable du travail multidisciplinaire. Cela permettait de recueillir des informations plus complètes par la sollicitation des services sociaux et de la PMI ce qui devenait de plus en plus systématique (P5). La vision des dossiers était ainsi plus globale et permettait un choix plus avisé.

La mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelles permettait de surmonter les situations litigieuses ou difficiles par les échanges et la communication. Tous les signalements étaient faits avec accord de l'équipe sauf urgences et week-end (P2). Les discussions de RIP étaient également collégiales. P1 notait que le changement de législation avait modifié les pratiques en favorisant la prise de décision plurielle. Certains médecins précisaient néanmoins que le signalement restait souvent une démarche solitaire. Il existe également encore un manque de communication avec le Conseil Général ou la PMI (P5). Le P6 évoquait la richesse des échanges entre les différentes professions par exemple des rencontres annuelles avec le conseil général ou le Procureur dans le cadre de collaborations telles que sur des unités médico-judiciaires. Il pointait également la nécessité de bien définir le rôle de chacun des intervenants : « ...quand tu rencontres les autres professionnels, tu te rends compte aussi de leurs problématiques et de leurs difficultés et tu peux partager et ça permet d'avoir ce que l'on appelle une culture commune... ».

Il évoquait ensuite la nécessité de réaliser des formations interdisciplinaires afin de favoriser les échanges pour affiner les pratiques de chacun.

Pour finir, certaines mesures d'améliorations des pratiques ont été proposées par les participants telle que la mise en place d'un compte rendu des démarches sociales s'apparentant au compte rendu d'hospitalisation réalisé par les médecins. On retrouvait également l'idée récurrente de renforcer les liens de communication entre les différents acteurs. Les participants souhaitaient favoriser les formations et prévoir des temps dédiés à la protection de l'enfance. P8 évoquait également la nécessité de sensibiliser le grand public à la protection de l'enfance par des campagnes de prévention. P9 insistait sur la nécessité de détecter plus précocement des difficultés rencontrées par certaines familles.

Discussion

1- Principaux résultats

L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que les pédiatres interrogés s'appuyaient sur des éléments très divers pour orienter leur décision de signalement tels que des éléments anamnestiques ou cliniques. Il y avait également un rôle important de la participation affective et des échanges pluriprofessionnels.

Les situations de maltraitance étaient sources de nombreuses difficultés. Plusieurs propositions d'amélioration des pratiques ont été formulées comme la prise en charge interdisciplinaire, les retours systématiques aux pédiatres des suites des démarches effectuées ou encore l'intervention de médecins plus expérimentés sur ces dossiers.

2- Intérêt et limites de l'étude

L'intérêt principal de cette étude était de traiter d'un sujet qui reste en retrait dans le domaine de la recherche scientifique. Le fait de recueillir directement les propos de professionnels de santé au sujet de leur quotidien permettait de faire ressortir des éléments plus proches de la réalité qu'une étude statistique. La méthode qualitative a permis de travailler sur des thèmes concrets de la pratique des personnes interrogées. La limite principale de cette étude est un biais de sélection dans le choix des participants. En effet les RIP et les SJ émanant du milieu hospitalier restent assez peu nombreux par rapport à ceux provenant du milieu scolaire (7). Nous avons choisi de ne pas solliciter les médecins généralistes et les pédiatres de ville de manière délibérée car ils réalisent moins de RIP ou de SJ et adressent les enfants dans les centres hospitaliers afin de permettre une décision collégiale (7).

Il existe également un biais d'information car la trame d'entretien a été envoyée à chaque participant avant l'entretien. Le caractère sensible du sujet nous a amené à transmettre le guide en amont afin de préciser le thème de ce travail. Un des avantages était la remémoration d'un cas précis de leur exercice. Un inconvénient de cette méthode était l'absence de spontanéité du discours, qui pouvait parfois paraître théorique plus que vécu par le praticien.

Une limite concerne l'investigateur et son manque d'expérience concernant les entretiens semi-dirigés. En effet certaines interventions trop fréquentes durant les entretiens ont pu empêcher l'expression de certaines informations. De plus le statut d'interne de l'investigateur a pu faire qu'il se sente intimidé face à des médecins plus expérimentés. La réalisation d'un double codage a permis de limiter le biais d'interprétation lors de l'analyse des résultats.

3- Différents items pour surmonter les difficultés

a- Éléments historiques, bases de réflexion

Les prises de décision des médecins interrogés étaient appuyées par plusieurs éléments existants. Un certain nombre de données sont en effet connues et enseignées, ce qui permet de constituer les bases de réflexion au sujet de l'enfance en danger. Il a été mis en évidence au fil des entretiens que les pédiatres utilisaient régulièrement ces connaissances pour prendre leur décision.

Les facteurs de vulnérabilité, les signes cliniques et points d'appel sont connus et définis dans de nombreux textes (3). La problématique est celle d'un grand polymorphisme des lésions qui peuvent s'intégrer dans un autre ensemble de symptômes et parfois être trompeuses pour le médecin. On retrouvait à plusieurs reprises dans les entretiens la notion de mise en difficulté sur des situations comprenant des signes cliniques sans étiologie évocatrice.

L'apport de l'hospitalisation et des examens paracliniques est également important pour cette prise en charge. En effet les médecins interrogés étaient quasi-unanimes sur l'intérêt d'hospitaliser les enfants présentant des éléments suspects. Cependant la réalisation d'examens complémentaires se fait de manière très hétérogène selon certaines publications (4). On trouve des recommandations récentes de l'HAS concernant la maltraitance dans lesquelles la prise en charge paraclinique reste assez succincte (16).

La notion de RIP et de SJ est détaillée dans plusieurs articles de loi dont le plus récent remonte à Mars 2016 (2). Tous ces textes constituent une base fondamentale pour la gestion des situations de mise en danger de l'enfant en France.

Les pratiques se sont également modifiées au fur et à mesure des années avec l'intervention centrale et primordiale des assistantes sociales au cours de ces démarches. Cette étude met en évidence une participation active de l'assistante sociale dans le recueil de données permettant d'étayer le diagnostic, l'aide méthodologique ou encore le choix même de la démarche à suivre pour optimiser la prise en charge de l'enfant.

Les pratiques des médecins se sont aussi modifiées afin de s'adapter à des situations nouvelles et non rencontrées jusqu'à récemment. En effet plusieurs pédiatres ont cité les intoxications cannabiques comme exemple d'un phénomène de plus en plus fréquent et pouvant mettre en difficultés les praticiens quant à la procédure à adopter. Ainsi certaines de ces situations liées à une ingestion accidentelle pouvaient ne justifier d'aucun signalement ou uniquement d'un RIP suivant l'évaluation globale de la situation mais la gravité des comas que cette intoxication peut provoquer orientait certains pédiatres vers la réalisation de SJ.

La prévalence estimée de la maltraitance chez les enfants (qui serait en moyenne de 10%) reste plus importante que la détection réelle des situations de maltraitance (1). Il persiste en France une tendance à considérer les familles comme naturellement bienveillantes (1) ce qui participe encore à ralentir la détection des situations à risque.

Un autre exemple récurrent est celui des violences conjugales. En effet plusieurs des pédiatres interrogés ont évoqué ce contexte et l'ont associé à une situation particulièrement difficile pour la prise de décision. Les pédiatres interrogés redoutaient une manipulation des enfants et sollicitaient rapidement le juge des enfants. Ces conflits étaient également pourvoyeurs de souffrance spécifique chez les enfants. Ceci corrobore les éléments de la littérature (2) : l'exposition aux violences conjugales constitue une maltraitance pour l'enfant car ils vivent dans un conflit de loyauté qui peut générer une grande souffrance.

b- Moyens d'aide actuellement utilisés

Les praticiens interrogés ont mentionné de nombreuses ressources afin de surmonter les difficultés posées par des situations de maltraitance.

Ainsi la représentation que peuvent avoir les différents médecins au sujet des RIP et des SJ est assez consensuelle tout au long des entretiens. Certains points de vue peuvent varier pour une situation précise mais globalement les situations nécessitant un RIP correspondent à des familles en difficulté qui nécessitent une aide et un accompagnement réalisé par l'intermédiaire des services sociaux. Ces situations de RIP ne relèvent en général pas de l'urgence et peuvent tolérer un temps d'observation et de réflexion pour prendre la décision la plus adaptée possible.

En opposition à cela, les SJ sont réalisés pour des situations franches et marquantes par leur gravité ou leur intensité voire même décrites comme caricaturales. En général les situations impliquant des SJ ne posaient pas de problème dans le choix du fait de l'évidence des signes de gravité. Le signalement judiciaire peut également être réalisé devant un problème nécessitant la mise en place rapide d'un cadre judiciaire et d'une enquête.

Le SJ s'appuie pour cela sur des éléments francs et objectifs.

Ces représentations des deux démarches retrouvées de manière commune chez les différents médecins étaient également une aide lors de la prise en charge des enfants. Plusieurs pédiatres parlaient en effet d'une période d'hésitation de courte durée car pour certains, ce qui n'est pas assez grave pour réaliser un SJ est alors un RIP. Ceci correspond aux définitions officielles des démarches de signalement (2) et le fait d'avoir une vision des choses consensuelle permet de faciliter la prise de décision.

Par ailleurs un élément majeur intervenant dans la prise de décision est la prise en compte de la famille de l'enfant. Le RIP est une démarche qui nécessite la participation et le volontariat des familles car les services sociaux ne peuvent imposer leur enquête à des personnes qui la refusent. Une situation qui ne s'orientait pas au départ vers un SJ conduira à une judiciarisation de la démarche si une famille refuse de se faire accompagner après l'évaluation initiale. La consultation d'annonce de la mise en place d'une telle mesure est un point particulièrement délicat dans la pratique des médecins concernés. Elle est d'autant plus compliquée qu'elle survient dans un contexte traumatisme violent (17) et elle s'apparente dans ce cas à la consultation d'annonce d'une pathologie grave.

Afin d'améliorer leurs pratiques, les hôpitaux dans lesquels exercent les pédiatres interrogés ont pu mettre en place certaines procédures ou protocoles pour faciliter les démarches de signalement. Le recours à un pédiatre spécialisé dans la protection de l'enfance pour l'un des centres est en effet un élément cité à plusieurs reprises. Ce médecin reçoit des fiches qui sont adressées pour des situations complexes ou litigieuses et son expérience permet de prendre la décision la plus adaptée. D'autre part, un autre centre utilise un système de pédiatre d'astreinte en plus du pédiatre de garde présent dans les locaux afin qu'une discussion multiple soit toujours possible y compris lors des moments moins adaptés. En effet les périodes de gardes, urgences, week-end reviennent régulièrement comme sources de difficultés. Il existe également dans certains centres des protocoles écrits entre le conseil départemental et le service de Pédiatrie (7) permettant de simplifier les démarches. Enfin, la présence dans l'un des centres d'une unité-médico-judiciaire permet aux médecins qui n'en sont pas membres de prendre avis auprès de leurs collègues habitués à la gestion de situations de maltraitance car ils interviennent lors d'expertises demandées par le juge après le SJ.

Afin de débloquer certaines situations les pédiatres s'appuient sur les instances vers lesquelles ils transmettent les signalements.

En effet, certains pédiatres contactaient parfois le Conseil Général ou la CRIP afin de prendre avis. Cet échange permettait de lever certains doutes voire de signaler de manière conjointe une situation particulièrement complexe.

Le recours au juge des enfants est également parfois indispensable notamment dans les contextes de séparation conjugale. En effet il est la seule personne ayant autorité pour trancher sur les attributions de garde par exemple.

D'après les médecins interrogés, la réalisation d'un signalement et les situations d'enfance en danger faisaient appel à une importante participation affective et pouvait avoir des conséquences majeures sur les soignants et les autres professionnels intervenant dans les démarches.

Le sentiment de culpabilité était une émotion fréquente chez les jeunes pédiatres nouvellement confrontés à ce type de cas. Ils étaient pleinement conscients de l'impact de la démarche. Cette culpabilité disparaissait avec l'acquisition d'une expérience en situations dramatiques. L'expérience était donc une solution au frein potentiel que représentait le signalement pour les pédiatres interrogés.

L'étude des explorations complémentaires réalisés par des pédiatres face à des situations d'enfance en danger montre une prescription plus importante d'examen par les médecins plus expérimentés (4). La recherche de la maltraitance est donc variable avec l'expérience.

Certains des pédiatres ont pu combattre leurs hésitations par le fait de garder l'intérêt de l'enfant comme un objectif principal de cette prise en charge. Le fait de ressentir un doute sur une situation de mise en danger était une indication à approfondir les investigations afin de faire la lumière sur ce sujet. Le doute initial se transforme donc en levier pour mettre en place des explorations complémentaires. La peur de se tromper n'en reste pas moins un frein pour les médecins (11).

De nombreux entretiens abordaient le sujet du médecin traitant. Il était un élément central du dispositif de signalement. Il était souvent sollicité par les pédiatres interrogés pour obtenir un complément d'information sur un enfant. Une étude de 2015 (11) a mis en évidence que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés éprouvaient des difficultés au diagnostic de maltraitance sur un mineur et parmi cette même population, seulement 5% d'entre eux avaient été formés spécifiquement à la protection de l'enfance. Le diagnostic n'est pas aisé en médecine générale du fait de la fréquence de situations floues et imprécises.

Le rôle du médecin généraliste est donc à la fois celui de consultant mais également celui de lanceur d'alerte lorsque la situation le nécessite.

Il existe donc actuellement de nombreux éléments dont se servent les médecins pour s'aider à surmonter les difficiles situations de maltraitance. Cependant, on retrouve plusieurs items perfectibles lors de la lecture de ces entretiens. La méconnaissance des structures et des différents intervenants impliqués dans les démarches est la difficulté principale des praticiens (1).

c- Pistes pour le futur

L'analyse des éléments de cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs axes dont l'amélioration pourrait conduire à une optimisation des pratiques futures en ce qui concerne la protection de l'enfance.

L'intégration de la protection de l'enfance au sein des programmes pédagogiques des études de médecine est un élément récurrent. En effet plusieurs pédiatres évoquent le manque de formation initiale lors de leurs premières confrontations à des situations de maltraitance. La mise en place d'un véritable module sur la protection de l'enfance durant les études permettrait de sensibiliser le monde médical de manière précoce sur le sujet. Ceci développerait probablement les capacités de détection des situations et il serait possible de réaliser une prise en charge des familles en difficulté avant de se retrouver dans un contexte de maltraitance.

Il pourrait également être intéressant de privilégier les mises en situations interprofessionnelles afin de favoriser l'échange (1).

La formation continue est aussi une piste à privilégier pour l'amélioration des pratiques. Certains des pédiatres interrogés racontaient que leur manque de formation initiale avait été compensé par la formation continue spécifique qu'ils ont effectuée afin de mieux appréhender ces situations. Plusieurs études font également état de la nécessité de former spécifiquement les médecins sur ce problème (11,1,18). Un pédiatre interrogé mentionnait une formation plus adaptée chez les puéricultrices qui ont en effet un module de droit dans leur formation théorique et des stages pratiques pouvant s'effectuer dans les PMI (19).

La communication est un autre point essentiel. Tous les pédiatres interrogés mettaient en défaut l'actuelle communication avec les services sociaux ou le milieu judiciaire. L'organisation de ces services paraissait très complexe.

Il était impossible d'avoir un interlocuteur fixe pour échanger sur une situation difficile. En effet le fait d'échanger est un des éléments les plus présent comme étant une solution pour trancher dans des situations d'hésitation.

Les recommandations HAS soulèvent le fait que la CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels dans le doute (16). La mise en place de réunions interdisciplinaires regroupant tous les intervenants de la protection de l'enfance permet de définir le rôle de chacun et d'appréhender les problématiques spécifiques de chaque domaine (1). Ceci permet de prendre du recul sur sa propre vision des choses et de considérer de manière plus globale le problème de la protection de l'enfance.

Les différentes modifications législatives (5) mettent au centre de la prise de décision la réflexion multidisciplinaire. Elle doit être une démarche systématique afin de prendre la meilleure décision possible dans l'intérêt de l'enfant. La collaboration entre les différents corps de métier peut par exemple permettre d'initier des démarches sans avoir recours à une mesure de signalement car les familles trouvent directement un contact auprès du service dont elles ont besoin pour surmonter les difficultés. Ces procédés sont moins traumatisants et permettent de préserver la confiance dans le système de soin, ce qui est primordial pour des enfants en situation de fragilité. En France, on voit se développer des unités des prises en charge spécialisées telle que l'UAED de Nantes (17) dans lesquelles toutes les professions en charge de la protection de l'enfance font intervenir leur savoir-faire.

Il semble donc que l'organisation plus précise, la filiarisation des démarches de signalement permettrait une prise en charge plus performante. Cette filiarisation pourrait aussi combler le manque de retour d'information que chacun des pédiatres constate et que la plupart critiquent. Pour les médecins interrogés un signalement signifie un investissement affectif, émotionnel et temporel conséquent. Le fait de ne pas connaître les résultats des démarches est à la fois une source de frustration pour les praticiens et une source de questionnement car il n'est pas possible de réaliser de critique de sa prise en charge. Par ailleurs certains médecins posent la question de l'intérêt réel du retour d'information pour l'enfant. Ils évoquent néanmoins la nécessité de communiquer de manière plus efficace entre les différents pôles de prise en charge. La notion de retour ne serait alors pas forcément un jugement de valeur sur la prise en charge mais simplement le témoin de l'existence d'une véritable articulation entre les services sociaux, le milieu judiciaire et le monde médical. Ceci pourrait renforcer l'efficacité de la protection de l'enfance pour prévenir les situations graves.

Conclusion

Cette étude a exploré les problématiques auxquelles les médecins concernés par la protection de l'enfance peuvent être exposés. Elle fait la lumière sur certaines solutions mises en œuvre par ces derniers afin de surmonter les difficultés rencontrées.

Elle met aussi en évidence le fait que la protection de l'enfance est une notion aujourd'hui centrale dans le domaine pédiatrique et à laquelle les professionnels de l'enfance ne peuvent se soustraire. En effet la prévalence de la maltraitance est importante et elle reste encore actuellement sous-diagnostiquée. Les difficultés sont multiples car il existe une importante participation affective des médecins lors de ce type de situation.

Parmi les éléments mis en valeur durant ce travail, il semble se dégager trois notions principales pouvant permettre d'affiner, à l'avenir, la prise en charge des situations de maltraitance.

La formation des futures générations de médecins apparaît comme un élément capital afin d'intégrer plus profondément la culture de la protection de l'enfance à tous les étudiants possiblement concernés. L'expérience joue un rôle important dans la prise en charge des situations de maltraitance et facilite les prises de décision. Une mise en condition précoce pourrait donc permettre d'améliorer les pratiques. La réalisation de campagnes de prévention afin d'informer la population générale sur les modalités des démarches pourrait également constituer une piste de formation utile.

L'amélioration de la communication, de l'échange et de l'interdisciplinarité semble également être une notion primordiale afin d'optimiser les prises en charge, de raccourcir les délais et de mettre en place les démarches les plus adaptées possibles pour les enfants concernés. La mise en place de réseaux de protection de l'enfance pourrait permettre de raccourcir les délais et d'optimiser les procédures.

Enfin, le développement des mesures de prévention et de détection précoce des situations pourrait également être une piste d'amélioration des pratiques. Un travail approfondi serait intéressant pour discuter de l'articulation entre les médecins hospitaliers réalisant régulièrement des signalements et les médecins libéraux qui peuvent être la première ligne de détection des signes précoces de fragilité.

La sensibilisation des médecins à la protection de l'enfance permettrait une prise en charge en amont et limiterait la survenue de potentielles situations graves.

Bibliographie

1. Tursz A. La Maltraitance cachée : pour une meilleur connaissance épidémiologique. Archives de Pédiatrie 2009 Juin;16:936–9.
2. Samson B, Cornut C, Jousset C, Picherot G, Vabres N. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. EMC-Pédiatrie 2017;12: 1-13 [Article 4-175-A-10].
3. Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. Journal de pédiatrie et de puériculture 2011;24:295–305.
4. Ledoyen A, Bresson V, Dubus J-C, Tardieu S, Petit P, Chabrol B, Bosdure E. Explorations complémentaires face à une situation d'enfant en danger : état des lieux des pratiques en France en 2015. Archives de pédiatrie 2016; 1-12.
5. Cascarino J. Les certificats médicaux en pédiatrie à partir d'une étude faite à l'hôpital d'enfants. [thèse de Médecine]. Nancy : Université Henry Poincaré-Nancy 1-Faculté de médecine; 2010.
6. Ronzière V. Dispositif des informations préoccupantes. Archives de Pédiatrie 2014;21:236–7.
7. ODPE du Finistère. Les synthèses de l'ODPE. 2015 réactualisées en 2016. Disponible sur www.ODPE.Finistere.fr consulté le 18/10/2017.
8. Azéma B. Syndrome du bébé secoué : le signalement et après ? Archives de Pédiatrie 2010;17: 978–9.
9. Pierre M, Bouvet R, Balençon M, Roussey M, Le Gueut M. Traitement judiciaire des cas de "bébés secoués". Aspect répressifs et indemnitaires. Archives de Pédiatrie 2014;21:363–71.
10. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale. [thèse de Médecine]. Paris Diderot-Paris 7; 2013.
11. Arrieta A, Balençon M. Connaissance des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance. exercer 2015;119:72-3.
12. Carol D, Berkowitz M.D. Physical Abuse of Children. The New England Journal of Medicine 2017;376:1659–66.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care 2007;19:349–57.
14. Cordin J, Strauss A. Grounded Theory Research : Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. Qualitative Sociology 1990;13.
15. Gilles de la Londe J. Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes transgenres MtF ? Etude qualitative TRANSPORT. [thèse de Médecine]. Université Diderot Paris-7-Faculté de médecine, 2014.
16. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – fiche mémo – octobre 2014. Disponible sur www.HAS.fr. Consulté le 31/08/2016.
17. Vabres N, Launay E, Fleury J, Lemesle M, Picherot G, Gras-Le Guen C. Plaidoyer pour les pôles de référence Hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. Archives de Pédiatrie 2016;23:1219-21.
18. Beuchot V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes biterrois dans la prise en charge ; enquête qualitative. [thèse de Médecine]. Montpellier 1; 2011.
19. Conseil National de l'ordre infirmier. Infirmière puéricultrice. Disponible sur <http://ordre-infirmiers.fr> consulté le 12/10/2017.

Annexes

1- Annexe n°1 : Canevas d'entretien

Thème : Signalements et Informations préoccupantes en Pédiatrie

- Question de recherche : Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de RIP ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés pour le département du Finistère.
- Problématique : tenter de mettre en évidence des éléments permettant d'orienter plutôt vers la réalisation d'un RIP ou celle d'un signalement judiciaire dans les situations de maltraitance de l'enfant. Pointer les difficultés fréquemment rencontrées par les praticiens dans ce type de démarche.
- Thèmes principaux à aborder durant l'entretien :
 - Avez-vous en mémoire des RIP ou des signalements qui vous ont particulièrement marqués durant votre carrière ?
 - Comment faites-vous pour trancher dans les situations les plus compliquées entre RIP et signalement ?
 - Difficultés récurrentes pour les prises de décision ?
- Relances :
 - Avec quelles autres professions interagissez-vous le plus souvent dans ce type de démarche ?
 - Essayez-vous de récupérer les données sociales antérieures auprès de la PMI, du médecin traitant ou du milieu scolaire ?
 - Quelle est la place de l'assistante sociale dans le processus de prise de décision ?
 - Informez-vous systématiquement les parents des décisions prises ?
 - Rôle du propos des enfants ?
 - Caractère volontaire/involontaire des lésions est-il déterminant ?
 - Importance de l'alliance parentale dans la décision ?
 - Vers quelle attitude tendez-vous en cas de :
 - Négligence éducative ?
 - Cadre de vie précaire au domicile ?
 - Syndrome du bébé secoué ?
 - Lésions non clairement médicalement justifiées ?
 - Voyez-vous une modification de votre attitude avec l'évolution de votre carrière ?
 - Que pensez-vous du retour des informations sur ces démarches ?
 - Essayez-vous de mettre en place un suivi éducatif d'emblée parfois ?
 - Comment pourrait-on encore améliorer les choses :
 - Participation du Légiste ?
 - Staff spécialisé ?
 - RIP avec surveillance accrue pour situations limite, solution intermédiaire
 - Traçabilité dans les dossiers médicaux des démarches sociales, dossier sociaux partagés ?
 - Signaler à plusieurs, de manière anonyme
 - Communication avec services sociaux, justice ?

Annexes

- 2- Annexe n°2 : verbatim des entretiens. BC correspond à l'investigateur et P au pédiatre.

Entretien n°1

BC : Donc du coup heu en fait est-ce que tu as eu des situations qui te restent en mémoire sur des situations de RIP ou de signalements qui étaient hyper-compliquées ou la décision a été difficile ?

P : Alors moi j'ai un souvenir précis d'une situation d'un petit bébé qui avait été hospitalisé chez nous pour une perte de poids importante heu et en fait il s'est avéré qu'il y avait une insuffisance d'apport nutritionnels nets à la maison dans un contexte très compliqué et assez carencé donc la discussion que j'avais eue avec mon collègue c'était est-ce que c'est du ressort d'un signalement au procureur ou est-ce que c'est du ressort d'un signalement social ? Et c'est là où c'est laissé, je trouve alors là à l'appréciation complète du praticien c'est que pour moi c'était du signalement judiciaire parce que c'était un négligence vraiment très sévère et donc c'était l'équivalent d'une maltraitance physique et psychique et pour mon collègue c'était un signalement d'abords heu social, RIP quoi, peut-être parce qu'il avait l'impression d'avoir un alliance avec la famille mais moi ça me semblait quand même suffisamment grave et un milieu social suffisamment on va dire déficient pour que ça justifie un signalement judiciaire d'emblée voilà. Ça c'est la situation je trouve plus compliquée heu et sur laquelle on a été le moins d'accord.

BC : d'accord et donc toi du coup ce qui faisait pencher la balance c'était l'intensité des négligences quoi ?

P : voilà exactement, l'intensité des négligences avec un milieu dont on pouvait se dire que pour avoir été à ce point négligent il y avait...on était vraiment dans des situations de grande, grande carence quoi et qu'il fallait une autorité extérieure, l'idée c'était aussi une autorité extérieure qui pose finalement heu, heu ... qui pose le cadre dans lequel la famille devait se situer et quel cadre ils devaient suivre pour le bien-être de l'enfant, que ça soit un peu imposé.

BC : et heu comment est-ce que toi tu avais vécu ça à ce moment là ? Ça t'avait posé des problèmes vraiment, des difficultés vraiment importantes ?

P : Non moi je me suis pliée à l'avis du collègue qui était de faire un premier niveau de signalement c'est à dire un RIP en espérant que bah derrière surtout le RIP puisse être suivi d'un signalement judiciaire si il n'y avait pas d'alliance avec la famille parce que la crainte que moi j'ai c'est qu'il y ait toujours un échappement c'est à dire que l'on n'aille pas au signalement judiciaire, on fait un RIP, la famille donne l'impression d'adhérer ou bien elle n'adhère pas vraiment et tout à coup il n'y a pas ma même appréciation de l'intensité des négligences qui soit faite par services sociaux ou la PMI à l'époque en tout cas pour les petits de moins de 6 ans et du coup on laisse filer la situation ou que à l'époque les gens déménagent et que donc les informations ne suivent pas tandis que quand il y a quelque chose de judiciaire c'est quand même me semble-t-il plus cadré.

BC : et ça c'était en quelle année ?

P : Alors c'était au moment où il y a eu justement les modifications de la loi

BC : vers 2006, 2007 ?

P : c'est ça il a eu bien séparé ce qui était de la maltraitance psychique et morale du reste mais moi je le mettais vraiment dans la maltraitance et dans l'équivalent même s'il n'y avait pas de coups physiques portés, il y avait une grande privation alimentaire qui m'a semblée extrêmement grave, voilà.

BC : donc oui c'était vraiment le ressenti qui était heu ...

P : ouais il y avait vraiment une chute de corpulence et puis on peut se dire aussi qu'au niveau neurologique bah voilà quand on n'a pas l'apport nutritionnel suffisant et qu'il est carencé est ce que on ne risque pas non plus des séquelles aussi hein, physiques quoi !

BC : et heu est ce que le fait de justement ne pas avoir imposé ta décision première, est ce que ça a été compliqué un peu ?

P : Bah ça a failli être conflictuel (rires) mais je me suis rangée à l'idée qu'il fallait que je fasse confiance derrière aux services sociaux qui ne laisserai pas la situation échapper mais en fait moi je n'ai jamais eu de nouvelles après donc souvent on n'a pas forcément des nouvelles de ces situations donc heu ...

BC : et ça justement c'est aussi un problème du coup pour toi et pour vous en général de ne pas avoir de retour sur les différentes mesures que vous avez pu faire ?

P : alors si on veut vraiment les suivre sur le plan médical on propose de les suivre mais en règle générale si c'est nous qui avons signalé c'est conflictuel on n'a pas forcément un suivi possible, tout du moins il n'y a pas forcément d'alliance, c'est vrai que l'on aimerait savoir un peu ce qu'ils deviennent bon après normalement il y a un suivi qui doit se mettre en place qui doit être adapté dans lequel il devrait y avoir un suivi médical derrière, peut-être autre que le médecin traitant pour ne pas le mettre en difficultés face à la famille quoi.

BC : d'accord, et heu alors ce sont des petites situations un peu différentes mais admettons sur des enfants plus grands est ce que tu vois des difficultés particulières pour recueillir leurs propos à eux pour en faire quelque chose sans forcément les influencer et est-ce que tu as déjà eu des difficultés particulières ?

P : Bah si c'est à dire que les enfants ils parlent quand ils ont bien envie de parler donc tout dépend qui est là pour recueillir la parole et nous on n'est pas forcément là donc il faut tout le personnel autour, que ce soit aux urgences ou le personnel ici paramédical qui puisse bien noter les propos de l'enfant et après je trouve que dès fois ce qu'il faudrait peut-être donner comme culture à tout le monde c'est de pouvoir rapporter l'enfant m'a dit que, dans telles condition l'enfant m'a dit que, deux points ouvrez les guillemets et qu'on ait des phrases précises et que l'on rentre pas dans l'interprétation. Après le risque c'est de rentrer dans l'interprétation, de vouloir faire redire à l'enfant, on va suggérer des choses, là ça va être très compliqué. Quand les parents aussi ne sont pas là à vouloir faire dire quelque chose à l'enfant qui leur a certainement dit de bonne foi et ils veulent absolument le faire redire et là on sent bien que ça parasite la parole de l'enfant. Donc moi je trouve que c'est très difficile et que c'est souvent pour moi peut-être ce qui est recueilli aux urgences quand ils passent par les urgences qui peut être intéressant tout de suite ou des fois par le médecin traitant qui a eu heu ... mais dès que l'on arrive en 2^e et 3^e ligne et ben je trouve que là comme on lit ce qui a déjà été dit on risque de rentrer dans la suggestion je trouve... de propos.... de voilà. Ce sont les premiers en fait qui ne sont pas forcément ni des médecins ni à l'hôpital, qui ont une grosse responsabilité de rapporter dans quelle condition l'enfant a livré les choses spontanément c'est ce qui a le plus de valeur et ça on ne l'a pas toujours. Ça devient des « on dit » quoi.

BC : donc ouais le mieux c'est quand même de ne pas aller forcément chercher les infos chez l'enfant c'est de, d'attendre un peu entre guillemets ou d'être là quand il a une parole spontanée plutôt.

P : voilà ! l'idéal c'est ça ou tous ceux qui ont la parole spontanée, la rapporte en essayant de rapporter la phrase de l'enfant. Deux points, ouvrez les guillemets il m'a dit que deux point. Parce qu'après il y a la formulation enfantine qui va faire que nous on va interpréter des choses qui vont pas forcément représenter la même chose chez l'enfant. Moi je trouve que rapporter les mots ça permet d'éviter que l'on projette des interprétations adultes, ou des suggestions adultes voilà

BC : de rester le plus objectif possible.

P : Ouais, ouais.

BC : d'accord ok ça marche et du coup ben ça amène un petit peu ma question suivante c'est les professions avec qui on peut être amené à interagir dans les mesures de RIP de signalement et tout ça. Ce que tu disais déjà un peu c'est qu'il y avait le médecin traitant par exemple.

P : les urgences qui ont pu recueillir les informations notées sur le dossier et puis les personnes du service en tout cas pour l'hôpital qui observent beaucoup de choses y compris dans le comportement, il y a ce que va dire l'enfant et il y a le comportement de l'enfant et notamment le comportement en fonction des adultes présents et des situations rencontrées.

BC : et tout ça, ça peut bien évidemment je pense faire pencher la décision justement entre plutôt des mesures sociales et plutôt un signalement judiciaire ?

P : oui, oui, oui en fonction de ce que l'on observe oui. C'est l'intérêt souvent de l'hospitalisation dans ce contexte, c'est que finalement on a un temps d'observation comme ça de l'enfant et on recueille nous des informations sur l'enfant lui-même qui ne sont pas forcément faciles à obtenir à l'extérieur. Voilà on laisse le temps de l'observation.

BC : et heu est ce que tu aurais des choses, des idées, des souhaits, des mesures qui pourraient être prises pour aider à prendre la décision.

P : alors ce qui est intéressant c'est tous les échanges que l'on a pu développer avec l'assistante sociale du service depuis des années qui intervenait peu il y a dix ans et qui maintenant intervient beaucoup plus et qui elle a heu d'abord recueille des informations à l'extérieur de l'hôpital et puis a elle aussi un regard un petit peu distancié parce que qu'elle n'est pas en prise directe avec l'enfant et la famille et souvent ça nous a aidé, récemment dans l'expérience, à décider si on faisait plus un signalement judiciaire ou plus un signalement social.

BC : ouais donc le rôle de l'assistante sociale il est important ?

P : moi je trouve qu'il est hyper-important et jusqu'à là en tout cas pas suffisamment mis en valeur.

BC d'accord. Et là c'est depuis quelques années alors ?

P : ouais depuis ouais moi je dirai dans les 5 dernières années elle intervient de plus en plus. Et là récemment elle est intervenue systématiquement et ça a été une grande aide.

BC : et tu penses que c'est aussi le fait du changement de loi qui a pu faire ça, qui a pu faire qu'elle intervenait plus ou pas du tout ?

P : je pense que c'était une habitude de service déjà ensuite probablement que le changement de loi a amené à se poser peut-être plus de question avant heu moi personnellement j'allais plus rapidement au signalement judiciaire donc ça a amené peut-être à se poser plus de questions sur la graduation, sur l'organisation du suivi possible à l'extérieur voilà et puis du coup ça a fait un peu boule de neige quoi. C'est à dire que comme ça a bien fonctionné on a fait appel plus souvent.

BC : oui c'est ça c'est aussi une fois que l'on a vu que les RIP c'était aussi quelque chose qui se faisait bien et qui permettait quand même de cadrer les choses.

P : et puis habitude de service quand même prise de solliciter plus souvent et pas de se débrouiller tout seul voilà ça aussi c'est vraiment aussi lié à nous quoi.

BC : ouais ne jamais prendre les ...

P : bah à un moment c'était la cadre du service, l'ancienne cadre par exemple qui allait appeler les services sociaux pour avoir des infos alors que ce n'était pas son boulot. Alors que maintenant on sollicite l'assistante sociale pour ça, de fait elle est au courant de la situation, elle recueille les infos et donc elle a son regard à elle sur la situation qui aide bien quoi. Elle fait beaucoup le lien aussi avec les intervenant extérieurs donc je trouve que ça fonctionne beaucoup mieux.

BC : et donc elle ouais pareil peut faire pencher plus d'un côté quoi ?

P : Oui et elle peut aider à la rédaction du signalement, c'est ce qu'on a discuté il n'y a pas longtemps. C'est à dire que dans le RIP, alors ça il ne faut pas qu'il y ait d'éléments médicaux ou alors des choses vraiment légères, c'est à dire que le RIP c'est vraiment social. Si on veut des éléments médicaux il faut les mettre en certificat médical sous pli au médecin de l'ERIP ou de la CRIP quoi. Mais on doit pouvoir mettre des choses qui sont du médical light c'est à dire insuffisance pondérale, insuffisance staturale et ça, ça rentre dans un signalement qui peut être social. Et ça, les termes qui peuvent être utilisés en signalement purement social, même s'il y a un certificat médical adressé au médecin du RIP après enfin associé, ça c'est vraiment du ... on sait que on ne sort pas du secret médical parce que autant pour le juge on est levé du secret médical, autant pour le RIP bien dans l'intérêt de la protection de l'enfance on peut livrer des éléments mais livrer le minimum de ce qui est indispensable. Tandis que si on veut vraiment donner des éléments plus précis de poids, de taille, des éléments médicaux par exemple sur la maman, sur des problèmes que peut-être aurait la maman au niveau médical qui l'empêche de s'occuper de l'enfant bah dans un RIP on mettra heu : pathologie chronique chez la maman gênant la prise en charge de l'enfant et dans un certificat médical on pourra dire des choses plus poussées quoi.

BC : donc au final l'assistante sociale elle a un rôle super important parce qu'elle va faciliter toute la mise en route de ces protocoles-là quoi ?

P : oui parce que là avec les protocoles récents, donc RIP ou judiciaire avec l'harmonisation faite sur Morlaix qui doit être le même qu'à Brest je pense hein, finalement nous on a convenu que l'assistante sociale elle remplissait toute la partie administrative et elle rédige d'une certaine manière il y a une co-rédaction du signalement quand ça part en RIP. Après s'il y a un certificat médical ça va être la responsabilité purement du médecin pour le médecin de l'ERIP là et s'il y a un signalement, par exemple on décide un signalement judiciaire elle remplit quand même la partie administrative et puis nous on peut envoyer un certificat médical dicté au proc quoi.

BC : et du coup en général la décision finale de dire on fait un RIP ou on fait un signalement c'est, après tout ça qui est-ce qui formule ça ?

P : bah je pense que celui qui est obligé de la prendre c'est quand même le médecin car c'est lui qui va signer. Mais c'est après une discussion éclairée on va dire avec l'ensemble des personnes qui ont approché l'enfant mais c'est essentiellement quand même le ou les médecins et l'assistante sociale.

BC : et le plus souvent il y a quand même plusieurs médecins qui sont au courant du dossier ?

P : souvent ! Souvent ici sauf week-end ou garde souvent on est au moins deux médecins à être au courant.

BC : en plus de l'assistante sociale, en plus de l'équipe de puéricultrices etc....

P : voilà ! Mais l'équipe de puéricultrices ne participe pas à la décision mais apporte des éléments qui peuvent faire pencher la balance dans un ou dans l'autre.

BC : d'accord mais par contre on ne leur demande pas leur opinion quoi ?

P : on ne leur demande pas mais comme on discute généralement au niveau du service des situations qu'on rencontre, il n'est pas rare qu'elles puissent donner leur avis. Mais en fait la décision finale je crois qu'elle est quand même officiellement portée par le médecin.

BC : d'accord ! Et un seul médecin en général quand même ?

P : alors des fois on a fait des signalements conjoints, on a pu signer à deux médecins sur des situations qui nous semblaient nu peu difficiles, possiblement conflictuelles avec les parents qui peuvent se sentir mis en cause aussi et porter plainte en retour ça arrive, on a pu signer à deux les signalements.

BC : c'est plus sécurisant aussi ?

P : c'est pour montrer que c'est vraiment une décision d'équipe, qu'on a été au moins deux à réfléchir dessus.

C'est une façon d'appuyer un peu et de porter un peu la charge entre guillemets du signalement vis à vis de la justice mais vis à vis de la famille aussi.

BC : d'accord, et tu aurais des trucs que tu trouves qui manqueraient encore un peu, des choses qui pourraient vous aider encore mieux à trancher entre les deux et à être plus épaulés dans ces situations ?

P : bah après heu des fois on aurait envie de discuter directement avec les services sociaux mais eux ne sont pas joignables la nuit ou les week-end. Soit avoir un substitut du procureur mais que l'on peut avoir si on a vraiment besoin 24H sur 24 donc je trouve que globalement c'est assez bien organisé après ce qui est toujours difficile c'est quand même la décision finale parfois entre la négligence et la vraie maltraitance notamment pour les ecchymoses, les fractures c'est difficile à évaluer et je trouve que peut-être dans le RIP il pourrait y avoir heu... ça, ça n'existe pas mais c'est vrai que peut-être que l'on pourrait avoir un RIP ou on pourrait signifier que nous on estime en tout cas que si l'alliance n'est pas possible avec la famille et bien un signalement judiciaire nous semble nous imposer dans cette situation-là. Parce que des fois on est suffisamment inquiet, on ne veut pas aller au juge tout de suite parce que on se dit qu'on n'a quand même pas tous les éléments, ça va être classé sans suite, on va rentrer on conflit avec la famille. Mais en même temps ce que l'on aimerait c'est si on fait un signalement à la PMI, aux services sociaux pour travailler avec la famille, que si cette famille n'accepte pas, et ça on n'a pas le retour, ça, ça manque, on puisse aller au signalement judiciaire. Et ça, c'est compliqué je pense que c'est là où il manque quelque chose.

BC : alors après je sais que dans les recherches que j'ai pu faire ça ils le font, en fait ça arrive qu'ils transmettent les informations au procureur

P : oui mais pas tout le temps. Par exemple on a eu une inquiétude pour un enfant on demande que la PMI passe, on attend que la PMI passe et les parents ferment la porte à la PMI, la PMI dit ah bah nous on n'a pas pu rencontrer la famille on ne sait pas donc on ne fait rien de plus. Si nous on n'a pas le retour bah finalement c'est une situation qui se perd. Et même si on a le retour il faut à ce moment rediscuter, réexaminer la situation en considérant que c'est un facteur aggravant de la famille et aller au procureur. Mais ça on n'a pas toujours ce retour-là.

BC : et ça tu ne peux pas le notifier ?

P : bah moi je ne l'ai jamais fait dans les RIP et c'est quelque chose probablement qu'il faudrait rediscuter c'est à dire qu'il faudrait au fond mettre à la fin d'un RIP : « la situation nécessite impérativement la coopération des parents si elle n'est pas possible il nous semble qu'un signalement judiciaire serait justifié » mais dans ces cas là pour des familles qui n'ont jamais été rencontrées par les services sociaux je ne suis pas sûre qu'ils le fassent ou alors ils faut qu'ils renvoient au médecin et que du médecin ça reparte au judiciaire. Je ne suis pas sûr qu'il n'y ait pas des perdu de vue dans cette situation-là.

BC : parce ce que ça en fait dans la loi c'est écrit qu'ils peuvent le transmettre.

P : mais ce n'est pas une obligation. Or si eux ont eu un seul contact satisfaisant et la famille ferme la porte ou pas de contact bah ils ne sont pas obligés de transmettre, on n'a pas toujours un retour de ce qui a pu être fait ou pas et c'est une situation qui peut échapper.

BC : vous en avez parfois des retours quand même ? Ça arrive ?

P : moi je n'en n'ai pas par écrit du tout, si on en a c'est un peu informel parce que l'on va croiser la puéricultrice de PMI. Mais on n'a pas de retour, je n'ai pas connaissance de retour du tous des signalements que l'on fait. Non on n'a pas de retour.

BC : ça tu penses que ça pourrait quand même aider pour la suite, pour éviter de perdre des gens de vue ?

P : ben surtout si ce n'est pas un signalement judiciaire car si c'est un signalement judiciaire normalement il y a une machine qui se met en route qui fait qu'il n'y aura pas de perdu de vue, le juge est saisi.

C'est toutes ces situations ou on transmet, maintenant c'est le RIP qui va probablement arriver à la PMI pour un enfant de moins de 6 ans et puis sinon aux services sociaux, on n'a pas forcément le retour quoi. Et si les familles ne coopèrent pas et les services sociaux estiment qu'ils n'ont pas d'éléments assez inquiétants ça peut être classé. Donc moi je trouve que ça c'est un problème, je pense qu'il y a beaucoup qui échappent un comme ça. Ils sont un peu malins, ils ouvrent une fois ça se passe bien, ah bah non ils ne peuvent pas et puis ils échappent au suivi. Il se perdent un petit peu parce qu'il n'y a pas d'élément supplémentaire inquiétant et donc au lieu d'avoir une surveillance de ce qui se passe bah la famille ça s'en va quoi, ça échappe. Donc nous on n'a pas de retour jamais, ce ne sont que des retours plutôt informels.

BC : ce serait peut-être plus sécurisant si ...

P : s'il n'y a pas de signalement judiciaire, on pourrait au moins dire si les contacts, si les services sociaux ont pu se saisir de l'affaire, si les parents coopèrent et s'ils se sont bien saisi de tout ça quoi. Je pense que ça devrait pouvoir heu ... mais bon pour l'instant ce n'est pas le cas. Donc on peut toujours les remettre en consultation mais bon souvent c'est compliqué de remettre en consultation quelqu'un qu'on a signalé.

BC : et justement par rapport aux parents, tu as toujours informé les parents de la démarche ?

P : heu toujours oui. Je sais qu'on peut ne pas le faire si c'est vraiment dans l'intérêt de l'enfant mais on a toujours informé les parents. Moi je n'ai pas l'habitude de faire sans informer sachant que des fois la justice se saisit vite hein si c'est des violences, il peut y avoir dans la journée ou dès le lendemain le gendarmes au domicile enfin...mais moi j'ai toujours prévenu.

BC : facilement vous allez essayer de récupérer les données de la PMI ou les suivi antérieurs qu'il y a pu avoir ?

P : bah on regarde le carnet de santé, on demande à l'assistante sociale de le faire. Si elle n'est pas là on s'il y a quelque chose qui fait qu'on pense aller plus vite on peut appeler nous directement la PMI, ça a pu arriver mais on le fait de moins en moins. On confie à une AS et on regarde dans le carnet. Ou alors on récupère les données par le dossier obstétrical de la maman si c'est un petit, on voit s'il y eu un lien PMI ça on peut.

BC : et le médecin traitant vous y avez recours facilement ?

P : Oui alors souvent je demande qu'on les appelle, le problème du médecin traitant c'est qu'ils sont un peu en porte-à-faux quoi. Soit ce sont des familles qu'ils ne connaissent pas, c'est pas rare ils les ont vu une fois ou deux maximum et ils disent qu'ils ne connaissent pas la famille, soit finalement ils suivent quand même les parents mais pas de façon très rapprochée donc au bout du compte ils sont un peu gênés pour donner un avis et je pense que ça les met en situation difficile vis-à-vis des parents parce qu'ils sont le médecin traitant officiel des parents. Soit finalement ils sont eux même inquiet et ils le disent. Mais on les appelle enfin moi je dis de les appeler hein le médecin traitant il n'est pas shunté. Je pars dans l'idée que c'est lui qui connaît le mieux la famille. Mais parfois en fait on a des noms de médecins traitant déclaré et ils n'ont jamais vu l'enfant et en fait ils ne connaissent pas la famille ou ils ont fait une consultation il y a 3 ans donc en fait on n'a pas toujours de médecin traitant sur qui on peut s'appuyer.

BC : sinon on avait fait une petite liste de situations heu par exemple devant un syndrome du bébé secoué tu partirais plutôt sur un RIP ou un signalement ?

P : ah non, non sur un signalement judiciaire hein !

BC : devant des négligences plutôt de nature éducative ?

P : éducatif heu bah dit comme ça ce serait plus un RIP mais si l'éducatif peut mettre la vie en danger des enfants, par exemple si tout le monde prend du cannabis avec des boulettes de cannabis partout et que l'enfant peut les ingérer ce serait du judiciaire quoi.

Donc ça dépend de l'intensité de la carence éducative et est-ce que ça met ou non en jeu la vie de l'enfant ?

BC : heu bah ça revient un petit peu à la même chose, s'il y a un cadre de vie qui est très précaire à domicile ?

P : j'essaierai d'abord de faire un RIP et c'est là que c'est intéressant c'est de travailler avec les services sociaux et si ensuite heu et après c'est pour les services sociaux s'ils échappent à tout soutien et que c'est vraiment très compliqué à la maison ça peut aller au signalement judiciaire avec une aide éducative quoi.

BC : ouais et c'est là que tu vois une difficulté.

P : ouais moi je trouve que c'est là où on a envie d'avoir un peu de retour pour ou en tout cas s'ils se posent la question d'aller au signalement judiciaire, peut-être de se retourner un peu vers nous, en tout cas s'ils hésitent, pour avoir un peu le sentiment qu'on avait nous quand on a signalé. Moi je trouve que ça, ce serait intéressant là il y a une articulation qui manque.

BC : et heu dernière chose si tu as des lésions un peu diffuses que tu n'expliques pas par une cause médicale type coagulopathie ou autre ?

P : bah ça c'est difficile, c'est un des plus dur. Disons qu'après moi j'essaie de m'aider avec les renseignements que je peux avoir autre sur la famille donc PMI, services sociaux, par le temps d'observation à l'hôpital mais s'il y a vraiment des ecchymoses nombreuses et inexpliquées et que l'on a vraiment une suspicion de maltraitance physique, pour moi ça m'oriente plutôt sur le judiciaire.

BC : et ce sont des décisions qui peuvent aller vite ?

P : ah oui ! Alors le plus vite c'est le judiciaire parce que si vraiment il faut mettre l'enfant à l'abri d'une situation dangereuse, ça, ça peut être immédiat avec une demande d'OPP. Quand on penche plutôt pour un RIP, on a le temps d'observation quand même on se donne quelques jours, on peut faire le RIP au bout de 3-4 jour on se dit « ça y est-on fait un RIP », le RIP il est fait dans la journée et envoyé.

BC : donc oui pour résumer un peu tout ça ce qui fait vraiment trancher entre RIP et signalement sur les trucs litigieux c'est l'intensité des choses.

P : oui c'est l'intensité ou de la carence éducative, ou toutes les maltraitances physiques au sens large et psychiques intenses ? C'est vraiment l'intensité et puis l'impression que l'on est dans une situation qui peut se reproduire avec des familles avec lesquelles on ne va pas avoir d'alliance. Il y a quand même cette idée que s'il y avait quelques ecchymoses chez un petit...ouais mais c'est pareil des ecchymoses s'il est vraiment battu heu non. Ouais il y a l'intensité des symptômes et puis si ce n'est pas des symptômes de violences physiques si ce sont des carences éducatives là on peut aller sur du non judiciaire mais sous réserve qu'on pense qu'il va y avoir une alliance avec la famille.

BC : oui un des trucs qui est importants dans ta décision c'est aussi le fait qu'il n'y ait pas de rupture dans la procédure que les gens ne soient pas lâchés dans la nature en fait ?

P : les gens ne sont pas lâchés dans la nature et les gens vont adhérer à ce qu'on leur propose. L'adhésion, l'acceptation du soutien pour que les situations que l'enfant ne devrait pas rencontrer cessent parce que l'objectif c'est ça.

BC : c'est vraiment de protéger l'enfant et de mettre un terme au problème pour lequel il a été amené ?

P : mais cela sous-entend que les parents l'entendent, que ce qu'ils ont fait est inadapté et qu'ils acceptent le soutien et qu'ils acceptent que l'on surveille que ça aille mieux. Et pour moi tous les dérapages de tout ça si ça le justifie c'est un signalement judiciaire pour poser un cadre imposé aux parents et à imposer aux parents ce qui doit être fait pour l'enfant.

BC : et c'était la dernière chose pour toi le truc qu'il faudrait pour améliorer un peu c'est surtout la charnière, en fait tu as l'impression qu'il y a parfois un vide entre le RIP et le signalement et qu'il faudrait un truc un peu intermédiaire.

P : c'est à dire que quand on a hésité entre un RIP et un signalement et qu'on s'oriente vers un RIP, avoir le retour des services sociaux pour savoir ce qui a pu se mettre en œuvre pour l'enfant et que si les choses ne peuvent pas se mettre en œuvre rediscuter avec les services sociaux de

faire une transmission au juge. Donc si besoin que le pédiatre hospitalier soit ré impliqué dans la décision et puisse lui transmettre aussi ses éléments d'inquiétude tu vois ? Parce que du coup si nous on sait qu'il y a cette articulation là quand on hésite, peut-être qu'on ira plus au RIP de manière à ne pas forcément aller au signalement judiciaire pour des situations limite mais on sait que ce RIP va se transformer en signalement judiciaire si on n'a pas les garanties que derrière les services sociaux ont pu rencontrer et travailler avec la famille. Alors est ce que dans le RIP on peut leur fermer la porte, moi je sais que quand on faisait des signalement PMI qui étaient l'ancêtre du RIP pour les moins de 6 ans, quand les gens n'ouvraient pas la porte ils n'ouvraient pas la porte et la PMI elle ne savait jamais ce qui se passait après et notre RIP il ne se passait rien. Donc c'est ça qui ne doit plus exister. Alors peut-être que ça a changé.

BC : bah en théorie oui, après moi dans les chiffres que j'ai pu voir c'est vrai que le nombre de trucs classés sans suite par rapport au nombre de truc transmit alors sans connaître les situations précises mais dans les stat il y a quand même beaucoup plus de trucs qui sont classés sans suite que de truc qui sont transmis au tribunal quoi.

P : c'est ça et il faudrait s'intéresser aux classés sans suite car c'est à mon avis des familles qui une fois ou deux se sont montrées sous leur bel angle et puis après ont fermé la porte, les services sociaux ont dit « on a vu des choses rassurantes » et après c'est classé. Et c'est ça que je.... Voilà.

BC : il y a potentiellement une rupture trop facile ?

P : bah je pense qu'il y a moyen d'échapper oui. A mon avis ça c'est intéressant d'en discuter avec des assistantes sociales, peut-être celle de l'hôpital et peut-être celle du CDAS de Morlaix hein ?

BC : bah moi j'en avais rencontré un peu pour me documenter.

P : pour voir comment elles gèrent ça, parce que un RIP si les gens se montrent une fois ou deux sous leur bon jour à mon avis c'est classé hein. Tandis que si c'est un signalement judiciaire ça peut aussi être classé sans suite mais je veux dire nous on a fait notre job quoi. Tu vois au bout d'un moment on ne peut pas décider pour tout le monde. On ne peut pas se dire bah nous on n'avait pas alerté parce que la responsabilité elle est là. Le problème c'est qu'alerter de façon graduée c'est à dire que moi je peux avoir que les éléments que j'observe ici mais je n'ai pas les éléments extérieurs. Et ça c'est le boulot des services sociaux qui peuvent être saisi parce que le procureur apparemment dès qu'il a un signalement il renvoi une copie aux services sociaux.

BC : oui et puis il a possibilité aussi si on lui a adressé un signalement et qu'il estime que ce n'est pas suffisamment grave il l'envoi aux services sociaux.

P : c'est vrai et oui c'est bien aussi comme ça. Après il ne faut pas que nous on sorte le parapluie toujours pour se protéger et vouloir toujours faire des signalement judiciaires mais moi dans l'expérience que j'ai c'était des choses quand même suffisamment importante et ne faire qu'un RIP moi ça me semblait juste quoi.

BC : et tu as l'impression que c'est heu plus fréquent d'avoir des situations limites ou alors des situations où tu sais que tu faire un RIP ou un signalement ?

P : non c'est plus fréquent les situations limites, genre la fracture du fémur chez l'enfant de 2an1/2 ou on te donne une explication un peu foireuse ou tu ne sais pas très bien si c'est vrai ou pas vrai, ça on en a eu. Moi je trouve qu'on a plein de situation limites ou on se dit « est-ce que je suis en train d'être embobinée ou pas ? ».

Et c'est vrai que les situations limites quand tu n'as pas plus d'éléments et bah la ça va être un RIP ce ne sera pas un signalement judiciaire sauf si on retrouve des antécédents d'hospitalisation pour des ecchymoses inexplicquées et c'est pour ça que c'est important aussi que tout le monde aille rechercher des éléments car la vision n'est pas la même quand on a tout comme ça que quand on

voit par un petit bout de la lorgnette quoi. Il faut aller au médecin traitant, il faut aller à la PMI, aux services sociaux à l'extérieur. Si l'enfant a été vu en pédopsychiatrie bah appeler les pédopsychiatres pour savoir ce qui s'était passé, sortir un dossier de maternité si on a besoin d'éléments sur la maman. Qu'est-ce que l'on avait observé du lien mère enfant par exemple si c'est un petit nourrisson on peut retrouver pleins de choses quoi. Donc finalement tout ce qui est noté lors d'une hospitalisation, tout ce qui est observationnel c'est hyper-intéressant parce que ce qui a un moment a semblé banal et bien revu avec ce qui s'est passé.

BC : oui c'est ça donc la vigilance d'une équipe c'est important dans la décision.

P : oui, on avait l'exemple d'une petite qui finalement était maltraitée par la belle-mère ou on a cherché du médical et on ne trouvait pas et ce sont les infirmières qui ont remarqué que l'enfant avec sa belle-mère était complètement renfermé et était pas du tout la même et en fait on a commencé à se dire mais il se passe quelque chose avec cette belle mère et effectivement c'est la belle maman qui était maltraitante et c'est l'équipe ou elle ont surpris la belle-mère en train de tirer la petite par le bras et de la trainer au sol pour aller à la douche. Si tu veux bah quand tu as ça, là moi ce que je leur ai dit de faire c'est de surtout noter, noter, noter !

BC : qu'il y ait toujours une trace.

P : qu'il y ait une trace et d'ailleurs après quand les flics sont venus, ils ont saisi l'ordinateur, ils ont pris les propos, ils ont pris ce que les filles avaient noté. Donc c'est des situations intéressantes après le problème c'est que parfois les familles ne veulent pas nous laisser en observation le temps que l'on voudrait les enfants. Il faut trouver de mentir hein entre guillemets c'est à dire de trouver des raisons médicales qui font durer un peu pour avoir le temps d'observation donc ça c'est un facteur compliqué aussi. C'est à dire si on n'a pas d'emblée une situation pour aller au judiciaire et que l'on a besoin d'évaluer, il faut absolument arriver à ruser pour l'enfant reste quelques jours de manière à se faire une idée plus précise pour savoir si on va au RIP ou au signalement judiciaire. C'est ça hein qui est difficile.

BC : ok bon je pense que l'on n'est pas mal.

P : non mais c'est bien tes questions balayent beaucoup de choses.

Entretien N°2

BC : Est-ce que tu as pendant ta carrière eu des situations de RIP ou de signalement qui t'on plus marqué, dont tu te souviens vraiment précisément par rapport à d'autres, vraiment marquantes ?

P : Bah les signalements judiciaires sont toujours extrêmement difficiles car quand on est en Réa c'est toujours des situations avec le pronostic neurologique de l'enfant engagé donc on en a énormément et là finalement le signalement ce n'est pas quelque chose de difficile à faire puisqu'on n'a pas l'antériorité des parents, dès que l'enfant arrive, le bébé secoué par exemple en réa, le signalement ce n'est pas quelque chose de difficile à faire on les fait facilement rapidement c'est classé. Les situations qui sont difficiles où on va se demander est ce que l'on fait un RIP ou est-ce que l'on va plutôt sur un signalement ce sera peut-être en fonction de l'anamnèse si il y a une famille isolée, contexte social, pas de personnes ressources famille déjà suivie par des structures sociales. Qu'est-ce que l'on pourrait dire aussi heu, récurrence heu des, comment je pourrai le dire, peut-être pas des RIP mais il faut tellement le temps de toute façon pour que un RIP aboutisse puisqu'il y a 3 mois ou 6 mois et nous ça nous arrive d'avoir les enfants entre.

BC : Oui qui reviennent.

P : Qui reviennent et là on aura moins de scrupules, si c'est une famille qui est déjà connue et que nous on est en alerte, je dirai que ça ne nous mettra pas en difficultés pour la réalisation du signalement judiciaire puis on se dédouane un peu hein de toute façon nous on signale c'est pas à nous après de juger. C'est une information qui est faite au procureur il en fera ...

BC : Oui c'est ça c'est un peu dans le sens : votre devoir de le faire ?

P : Voilà ! Et que nous après on n'ait pas, en fait ce qui nous facilite la chose c'est de se dire on le fait et la justice prendra ses décisions au vu de, des éléments qu'elle a etc. ...

BC : ça marche.

P : Hum, ouais.

BC : Et du coup est-ce que bah bon en réa clairement en général vous avez plutôt des situations quand même ou d'emblée tu sais que tu vas faire un signalement quoi ? Parce que c'est des grosses détresses quoi ?

P : Ouai et puis on a eu bah des situations là récentes ou on a fait deux RIP dont un ou on a réalisé le RIP et les structures sociales ont été beaucoup plus loin que nous.

BC : D'accord

P : Voilà, sur une intoxication cannabique et là on aurait pas fait, on n'aurait pas nous je pense d'indication à faire un signalement judiciaire après l'anamnèse et les structures sociales ont décidé d'aller plus loin.

BC : Et vous du coup dans cette situation là qu'est-ce qui vous a fait plutôt partir sur un RIP alors ?

P : Parce qu'il n'y a pas eu de mise en...le pronostic vital de l'enfant n'était pas engagé, on avait pas toute heuuu...en plus c'était une petite que je connaissais pour avoir suivi le dossier donc le nom m'avait mise en alerte, il avait déjà ...c'était un dossier qui était suivi PMI et on avait pas toutes les informations. On les a sur un créneau qui est quand même cours hein, tu vois intox cannabique elle est partie au bout de 24h hein, elle partit en pédiatrie. Donc c'est après, et on n'aurait pas eu d'arguments pour faire un signalement judiciaire.

BC : Ouais d'accords, OK. Donc c'est vraiment, vous avez des situations comme ça ce qui va vous aider ce sont des trucs qui pèsent vraiment lourd, ça va plutôt aller vers un signalement quoi, les trucs vraiment très marquant et quand c'est plus des impressions...

P : et bah on va déléguer peut-être au secteur qui va les prendre ensuite en charge.

BC : OK, OK et heu, alors autrement, alors pareil c'est spécifique parce que c'est la réa donc ça ne va pas forcément coller toutes les questions mais est-ce que tu peux avoir des difficultés particulières pour recueillir et interpréter les propos des enfant en Age de parler ? Et est-ce que ça peut peser beaucoup dans ces situations là ?

P : Heu, un souvenir voilà d'un enfant qui avait dit que Après on va souvent relater et on sera très peu dans l'interprétation et puis on est en réa donc on n'a pas envie de... heu enfin on va déléguer je pense au service qui va prendre l'enfant après.

BC : D'accord.

P : on ne fait pas beaucoup de recueil des petits hein mais je pense que c'est propre à la structure.

BC : Et du coup vous avez quoi comme profession qui peuvent vous entourer un peu pour faire toutes ces démarches-là particulièrement en réa ?

P : Aucune.

BC : Les assistantes sociales et tout ça vous n'avez pas ...

P : Si on mais c'est toujours quand même dans des phénomènes aigus On n'a souvent pas le temps, faut être honnête, on n'a souvent quand même pas le temps pas le temps après AL te reparlera peut-être d'un dossier ici en néonate ou on s'est posé la question RIP ou signalement et là je pense que ce que nous fait balancer contre le signalement judiciaire c'est l'investissement parental avec leur enfant. Vraiment très, très investis mais qui dans leur coté un petit peu buté si tu veux pourraient avoir un comportement inadapté avec mise en danger de l'enfant, mais malgré tout ils sont avec nous depuis 2-3 mois, ils ne sont pas malveillants et comme on sait les conséquences que peuvent avoir un signalement judiciaire, parce qu'il y a quand même de l'affect hein ! On travaille avec des familles etc.

BC : ouais donc dès fois ça peut aussi arriver que pour trancher justement vous donniez le temps aussi quand il n'y a pas d'urgence ?

P : Ouais quand sait que l'enfant va rester avec nous, on a les parents sous le coude il n'y aura pas de fuite des parents avec leur petit, on essaye de favoriser le lien parce que l'on sait les conséquences que ça a. Et qu'après nous ça nous échappe hein.

BC : ouais c'est ça du point de vue réa tu veux dire ?

P : Ah bah oui même en néonate ici si on fait pour cette famille on sait les conséquences que ça va avoir et les parents ne sont pas malveillants mais ils sont maladroits et les maladroites peuvent conduire à une mise en danger de leur enfant.

BC : D'accord et donc ouais du fait de vous votre particularité ou il faut parfois prendre des décisions rapidement, vous avez moins recours que d'autre peut être tu penses au AS ou autre ?

P : On fera sans elles

BC : Joindre les médecins traitants ?

P : Non, non on n'a pas le temps et puis c'est cash, le signalement judiciaire c'est cash et à tort après on le, comment je pourrai dire, ce ne sera pas leur avis mais c'est vrai que c'est tellement tranché. Bébé secoué, bébé fracassé et autre c'est heu

BC : Ouais parce que vous en fait s'ils atterrissent chez vous ils ont déjà un pronostic vital heu ...ouai ça vous trie un peu les heu ...

P : bah l'anamnèse heu S'ils arrivent là c'est qu'il s'est passé quelque chose d'aigu et puis souvent on n'a pas le, le heu c'est pas le recours initial, après on en appelle un quand même. Par exemple ici tu vois pour l'histoire de cette petite ou on s'est dit on fait un RIP ou on va plus loin ? On a pris contact avec le médecin traitant, on s'est rendu compte que la famille qui nous disait que le médecin traitant serait un appui, finalement le sera pas du tout parce qu'il n'était même pas au courant donc on appelle quand même hein.

BC Ouais donc ça peut arriver ?

P : ça peut arriver ouais ou qu'on ait besoin ouais des AS on en a une dans le service mais je pense du côté réa c'est tellement tranché.

BC : ouais c'est ça c'est plutôt en néonate que vous allez des fois temporiser un peu quoi ?

P : La réa globalement c'est 24 heures hein d'hospitalisation, pour une intoxication cannabique ils sont restés 24-36H, ça peut être du week-end donc heu pas d'AS, pas de médecin traitant et heu pronostic vital engagé on fait le signalement d'emblée

BC : Ouais en plus vous avez un turn-over super rapide. Et ouais par contre autrement en néonate ça peut être du plus long terme pour appeler le médecin heu ...

P : La PMI, est ce que c'est déjà une maman ou une famille suivie pour d'autres enfants ou là le dossier va s'enrichir et au vu des infos recueillies par le médecin traitant, la PMI heu par l'assistante sociale, on sera en alerte.

BC : c'est ces trois interlocuteurs là que vous pouvez avoir principalement ?

P : Ouais

BC : est ce que tu aurais, tu as déjà pu avoir des idées sur des personnes en plus qui pourraient aider, des staffs spéciaux pour ce genre de chose ou la participation d'un médecin légiste par exemple, est ce que des personnes en plus pourraient être utiles tu penses dans ce genre de démarche ?

P : Quand tu es dans le médico-légal avec décès de l'enfant ou pronostic vital engagé, pour nous c'est vrai que c'est le médecin légiste, parce que de toute façon il y aura un obstacle médico-légal et le légiste va nous aider, mais de toute façon le signalement est déjà fait.

BC : D'accord et dans les situations plus en néonate par exemple où vous vous donnez le temps, là avant ça ne serait pas forcément utile d'après toi quoi ?

P : Non, non, non parce que ça re-multiplie, ça remet un intervenant en plus, tu sais très bien la réalité de l'hôpital, alors les intervenants on les aura de 9H à 17H, du Lundi et au Vendredi et que souvent les grosses choses comme ça, les parents qui veulent amener un gamin c'est souvent le samedi soir ou le dimanche.

BC : Au final le trio médecin traitant, assistante sociale et PMI ça balaye déjà pas mal ...

P : On balaye large quand même ouais parce que rajouter un intervenant il va falloir attendre les disponibilités pour un dossier qu'il ne connaît peut-être pas... pffff on aura tranché.

BC : Au final ça alourdirait la prise en charge ?

P : Après c'est une impression hein

BC : oui, oui non mais c'est ton interview (rires). Et heu donc la place de l'AS on en a déjà parlé un peu

P : elle aide hein

BC : elle aide quand même beaucoup et pareil elle peut aussi vous aider peut-être pour aller voir déjà ce qu'il y a dans les démarches, ce qui a déjà été fait

P : Dans les démarches, savoir si c'est une maman qui a déjà un suivi etc.

BC : ça marche, et à la fin du coup c'est toujours par contre heu... la rédaction d'un signalement vous le faites heu plutôt à plusieurs ou plutôt heu ...

P : Non, non un seul, un seul, c'est toujours le médecin en charge de l'enfant voilà mais il ne sera signé que par, enfin moi dans ma pratique, il ne sera signé que par un seul médecin.

BC : Et ça peut arriver par contre que vous fassiez des réunions avec plusieurs médecins pour discuter des dossiers compliqués ?

P : Oui, oui, oui, oui

BC : et ça, ça peut aider tu penses pareil pour trancher un peu des fois dans les cas un peu limites, bizarres ...

P : Ouais alors le signalement sera rédigé par une personne parce que c'est quand même un sacré engagement puis on sait quelque fois avec des familles Bon c'est quand même heu tu te dis il ne faut pas retrouver le père dans le couloir ou au centre Leclerc hein ce sera ton nom qui sera mis mais par contre dans les dossiers qui sont difficiles on marquera dans le dossier médical de l'enfant « après réunion multidisciplinaire avec untel, untel, untel, untel la décision a été prise compte tenu des circonstances, de l'anamnèse etc. de réaliser un RIP qui sera réaliser par le Dr ... »

BC : Donc ouais ça c'est pareil, bon je répète un peu pour résumer, les choses qui peuvent aider des fois à vous faire trancher c'est les lésions hyper-grave avec un pronostic vital engagé, le fait de vous réunir entre vous,

P : pour tout je pense que tout signalement médico-légal on a tous fait en accord avec l'équipe médicale sauf on va dire urgence ou week-end ou contexte particulier mais ouais globalement tous les dossiers sont staffés et ce ne sera pas une décision unilatérale.

BC : et l'autre truc que l'on avait dit aussi c'était le fait de prendre du temps pour voir un peu la situation, observer les parents heu ...

P : Oui ne pas le faire se donner du temps et heu voilà et après la difficulté dans les dossiers c'était de savoir si on va informer les parents.

BC : alors justement c'était l'une de mes questions, est-ce que vous informez systématiquement les parent ?

P : Oui

BC : Donc peu importe si c'est un signalement, peu importe si c'est des faits de violence avérée.

P : Après on a rediscuté pour un dossier qui a été très dur on va dire pour l'équipe donc en réa on est plutôt et en néonate c'est pareil plutôt pour informer les parents, on va dire bah écoutez si ça continue on fera un RIP ou un RIP va être fait ou heu compte tenu des circonstances un signalement va être fait et c'est un petit peu le reproche que le commissariat de police et les structures judiciaires nous ont faites, normalement on ne devrait ni dire un RIP ni dire un signalement judiciaire

BC : Ah bon ?

P : Parce que eux en fait ont l'impression que une fois que l'on a informé les parents, ils rentrent à la maison et ils peuvent modifier le discours qu'ils auraient etc. La pédiatrie elle ne prévient pas.

BC : Ah oui donc l'hospit classique ne prévient pas ?

P : les urgences ne préviennent pas, pour avoir présenté un dossier l'autre jour, elles nous disent mais non il ne faut pas prévenir, tu donnes l'opportunité aux parent de faire un discours cohérent à deux ou de ranger ce qu'il y a à la maison etc. alors que le signalement judiciaire on sait que dans les 30 min en fonction des circonstances les flics vont être à la maison.

BC : Ah ouais donc pour les RIP plutôt ils vous disent de ne pas forcément prévenir quoi ?

P : Ouais mais nous ça nous met mal à l'aise et quelle que soit la situation on a quand même un bout de chemin à faire avec la famille et on n'est pas juge et on n'a pas envie de modifier cette façon de faire

BC : ouais puis moi d'un point de vue perso, tout ce que j'ai pu lire là-dessus, globalement ils préconisent de prévenir, d'informer la famille quoi et les gens que j'ai pu rencontrer pareil.... Ah c'est la police qui vous demande de ne pas les prévenir ?

P : Alors je crois que coté psy, parce que l'on en avait discuté avec une pédopsy, dans leur formation on leur demande car c'est un travail à faire avec la famille donc tu préviens que ce soit un RIP ou pas et après l'histoire que l'on avait eu ici l'équipe avait été un petit peu sonnée, ça mettait deux enfant en jeu etc., les flics sont venus, les flics sont intervenus dans le dossier, on avait les légistes et ils nous ont dit non sur un signalement judiciaire vous ne prévenez pas la famille.

BC : D'accord, et ça c'était quoi comme histoire enfin si ce n'est pas indiscret ?

P : Ah non ce n'est pas heu... on a eu une fratrie de deux, donc des jumeaux, donc il y avait eu des alertes parce que les enfants avaient été hospitalisés à des moments T pour des hématomes et on n'a rien fait, enfin on n'a rien fait, il y a eu le bilan d'hémostase etc., un des petits a été hospitalisé pour hématome suspect en pédiatrie, ils étaient en train de le staffer en début d'après-midi et nous on est appelé parce que le SAMU heu... nous la réa on a été appelé pour arrêt cardiaque à domicile et de fils en aiguille c'était le jumeau

BC : D'accord !

P : Voilà ça, ça a été extrêmement difficile alors on ne s'est même pas posé la question du RIP, nous on a signalé mais que faire pour le petit qui était en pédiatrie, donc il y a eu deux RIP de fait de façon heu

BC : pour celui qui était hospitalisé du coup ?

P : Ouais, on se demandait est ce qu'il ne fallait pas faire un RIP avant mais voilà le RIP il y a un tel délais.

BC : et donc lui vous avez fait un RIP du coup ?

P : Non les deux ont eu un signalement. Mais tu vois là cela ne nous a pas mis en difficultés et moi j'ai informé le père et la mère du signalement judiciaire. Et on a fait un bout de chemin avec cette famille hein.

BC : et c'était des bébés secoués du coup ?

P : Ouais

BC : Ok ça marche, donc ouais vous plutôt vous allez quand même heu... en fait toi le plus souvent tu fais des signalements quand même dans ton activité ?

P : Ouais, ouais plus de signalements que de RIP.

BC : Ouais donc là peu importe c'est un truc qui est hyper-rapide

P : On ne se pose pas trop de questions.

BC : Et que, qu'est-ce que je voulais te demander autrement ? Ah ouais on avait fait des petites heu situation bon on a déjà un peu répondu mais est-ce que tu aurais tendance à aller vers un RIP ou vers un signalement sur des, un truc, un tableau plutôt de négligence éducative ou de truc comme ça ou ta une impression de carence

P : Oui petit milieu ou heu ... RIP

BC : D'accord, pareil un cadre de vie plutôt précaire au domicile, un contexte social un peu difficile.
P : RIP

BC : Oui donc plutôt un RIP aussi, un bébé secoué bah on en a déjà parlé du coup

P : Bébé secoué de toute façon si on ne fait pas, la preuve en est si on ne protège pas ces enfants de toute façon ça fini par un

BC : et heu si tu as des lésions un peu ecchymotiques avec des bilans organiques négatif, un contexte un peu bizarre ?

P : et bah avec l'âge, je ferai un signalement, je laisserai la justice trancher, ça c'est maintenant avec un peu le recul et je me dédouanerais donc voilà et ça c'est à la justice de trancher.

BC : donc en évoluant dans ta carrière tu as l'impression aussi donc que ce n'est plus votre rôle de faire des enquêtes quoi ?

P : bah ça l'est pas, ça l'est pas, parce que sinon on ne peut pas et prendre en charge l'enfant et puis se dire ah ouais bah c'est le père est ce qu'il était seul Il y a une structure qui est là pour ça c'est la justice et après qu'elle fasse son travail. Parce que moi qui connaît le fonctionnement d'un RIP attend !

BC : et ça du coup justement, pour améliorer un peu les choses, toi ce qui te pose problème c'est qu'un RIP ça reste quand même des démarches beaucoup plus longues et lentes qu'heu

P : c'est long, c'est lent, si la famille s'y oppose l'assistante sociale, moi je connais hein, l'assistante sociale ne rentrera pas à la maison, la puer non plus heu...

BC : parce que normalement ils ont possibilité de transmettre aussi au tribunal.

P : ouais mais il y a trois mois pour répondre hein donc si on a une mesure de protection pour l'enfant à faire bah et la justice tranchera hein tous les signalements judiciaires ne conduisent pas au retrait d'un ...

BC : oui c'est vrai qu'eux ils peuvent envoyer vers là ...

P : moi ce n'est pas mon job, avec le temps je me dis, autant je pourrai avoir voilà beaucoup d'empathie, c'est une maman en difficulté donc on trouvera les structures etc. ... maintenant quand il y a eu coup, hématome ...

BC : et tu penses que c'est le fait de bosser en réa ça qui va te ...

P : Bah on a biais ouais, parce qu'on voit aussi des récurrences, tu vois t'as vu l'ainé c'était déjà suspect on n'a rien fait et tu vois l'enfant qu'arrive avec une fracture du fémur de la fratrie deux ans après tu te dis ...

BC : et donc ouais il y a aussi des situations où tu aurais peut-être peur d'avoir des regrets ou de louper un truc qui serait préjudiciable pour l'enfant quoi ?

P : bah pour les jumeaux que l'on a eu donc quand le premier des jumeaux était hospitalisé pour coup, non pour hématomes donc bilan d'hématomes, un des médecin de réa est descendu faire une écho à cet enfant, voilà et la question quand il a su le lendemain que le petit frère était arrivé il s'est dit mais est ce que moi j'aurai du par rapport aux suspicions que j'avais avec la fratrie dire le frangin qui était seul avec son papa en l'occurrence, est ce que l'on devait, est-ce que l'on se devait de l'hospitaliser ?

BC : d'aller le chercher un peu quoi ?

P : ouais

BC : ouais bah ouais bah c'est le fameux facteur de risque du jumeau maltraité

P : ouais et pourtant ils étaient heu voilà ils étaient là.

BC : et ouais vous le saviez en plus qu'il avait un jumeau quoi enfin les parents ne vous l'on pas caché quoi ?

P : non, non, non on savait qu'il y avait un petit mais après c'est après que l'on refait l'histoire

BC : ouais bah oui bien sûr c'est toujours plus facile après ...

P : ouais donc automatiquement hein comme un gynéco qui a du mal à sortir un siège une fois bah il césarisera dix fois les prochains, quand on a une histoire comme ça on ne sera plus heu ...

BC : ouais donc les trucs un peu marquants ou les trucs avec impression de raté ...

P : ouais conditionnent je pense le ...

BC : en fait tu es beaucoup moins indulgent entre guillemets et tu pars plus vers un truc heu ... qui va être efficace quoi

P : oui, oui et puis avec le temps moi je me dis ce n'est pas moi qui suis juge, moi j'ai un travail à faire avec l'enfant je dois le sauver, un travail à faire avec les parents et ils ne sont pas coupables jusqu'à preuve du contraire et la justice tranchera.

BC : donc finalement le fait d'être en réa t'a moins souvent des problèmes pour trancher en fait ?

P : oui je pense que ce qui est le plus difficile c'est le pédiatre de ville, c'est la PMI ou c'est difficile et puis tu as envie d'y croire, t'as envie de donner un chance tu sais que le signalement c'est quand même quelque chose d'assez heu tranché, que la décision va être prise avant c'était heu 6 mois maintenant c'est plutôt un an, hein l'enfant va être placé pendant 1 an et on réfléchira, tu sais que c'est quand même lourd de conséquences mais nous heu y'a pas photo quand le petit arrive hein. Mais tu vois pour les intoxications cannabiques on en a eu deux, on a fait deux RIP et il y a eu deux évolutions judiciaires différentes. Il y a un RIP qui n'a conduit qu'à un RIP et un RIP qui compte tenu de l'anamnèse, du contexte social et après l'enquête sociale qui a conduit à un placement de l'enfant et là nous on essaye de ne pas trop savoir ça pour pas voilà on a fait ce que l'on devait faire et heu

BC : ah oui qu'il n'y ait pas un truc un peu systématique : intoxication cannabique. Et donc ouais le dernier truc que je voulais voir c'était ça donc ouais ce qui peut poser problème le plus dans toutes ces démarches là c'est vraiment le côté administratif un peu lourd lent et chiant des RIP quoi ?

P : bah le RIP on n'a pas de retour ! Et nous on a un turn-over énorme c'est à dire qu'en trois mois je ne saurai plus pour quel enfant j'ai fait le RIP quoi et donc on ne fait pas de consultation, on ne les revoit pas, heu ils vont partir dans une structure de pédiatrie et donc nous on ne les revoit pas, souvent on initie, quelque fois on dit que l'on va déléguer le RIP aux services de pédiatrie qui auront plus le temps donc je pense qu'en réa c'est signalement et en néonatal plus de de RIP parce que c'est quelque fois petit milieu, maman isolée et en néonatal on a plus de contact, il a des réunions PMI.

BC : t'as envie de les aider aussi un peu des fois ?

P : bah voilà tu es plus dans le cocooning, en réa bah...puis ça tourne trop vite, on n'a pas le recul hein les RIP on ne sait pas.

BC : et heu mince qu'est-ce que je voulais ...ah oui si on voulait parler des retours que ce soit sur des signalements ou sur des RIP, vous n'avez jamais un retour écrit heu ... jamais quoi ?

P : Non, non, non

BC : et ça peut arriver quand même que vous ayez des nouvelles ?

P : par le bouche à oreille mais on n'a rien d'écrit, autant nous on va nous imposer heu voilà de rédiger un certificat circonstancié, de le faxer, factuel etc. et si tu ne le fais pas tu te fais envoyer aux plotes et là zéro retour. Et pourtant ce sera le médecin qui aura heu ...

BC : d'accords parce que ça normalement ils sont, moi quand j'ai rencontré les gens du conseil départemental et tout ça ils disent qu'ils font un retour systématique écrit papier ...

P : bah on n'a rien ! Même la justice c'est difficile hein, je te dis pour le dernier cas le procureur de la république il ne voulait pas me parler, alors que l'on parlait quand même sur un... l'enfant allait décéder il était en mort cérébrale, la question c'était prélèvement d'organe ou pas, t'as l'équipe de prélèvement qui est là heu il ne voulait pas me parler, il dit non, non on a délégué au commissariat de police heu ...c'est pas la question heu

BC : et donc ça, ça pourrait être aussi une difficulté, j'ai déjà entendu ça, c'est qu'il y a comme un mur entre le côté médical et le côté judiciaire quoi ?

P : Oui, oui !

BC : Vraiment ça ne communique pas ?

P : Il n'y a rien ! rien ! Et pourtant nous on est demandeur mais là bah t'as un mur voilà c'est le procureur a fait son travail il a prévenu le commissariat de police point barre.

BC : et tu penses que ça pourrait être lié à quoi c'est parce qu'ils ont trop de boulot ?

P : ah bah c'est ce qui est argumenté hein maintenant nous en réa on se dit quelle est la plus grosse urgence pour un proc qu'un médecin de réa te dise j'ai un enfant qui est en train de mourir parce qu'il a été fracassé quoi enfin je ne vois pas quelle urgence il y a de plus. Alors je suis dure un mais heu ...

BC : c'est vrai que dit comme ça, bon c'est notre point de vue de médecin et futur médecin mais bon ... d'accord donc ouais si on résume donc vous déjà vous êtes un peu biaisé par les situations très graves qui vont de toute façon vous faire trancher rapidement vers un signalement, après les éléments qui vont vous aider à trancher dans les autres situations donc plutôt en néonate c'est le fait de vous donner du temps, les sollicitations du médecin de la PMI de l'assistante sociale...

P : de la psychologue aussi et d'avoir l'anamnèse familiale puis on observe ça avec les parents et puis de toute façon l'enfant est protégé ici.

BC et ce qui pourrait peut-être améliorer un petit peu toutes ces choses-là c'est heu alléger les RIP et la durée des RIP, le fait qu'il ait un retour et que la communication soit plus facile avec les instances judiciaires quand on fait un signalement quoi.

P : et puis je dirai aussi enfin là c'est un peu vache ce que je vais dire mais avec les instances sociales c'est à dire qu'un médecin qui a enfant hospitalisé, on exige qu'il ait un courrier qui est large qu'il soit exhaustif etc. voilà et on te demande voilà votre avis, qu'est-ce que vous avez observé etc.... je mets au défi tout dossier médical de retrouver une anamnèse de la PMI, des services sociaux, il n'y a jamais, jamais d'écrit !

BC : d'accord donc oui qu'il y ait une traçabilité à tous les niveaux quoi ?

P : regarde cette petite intoxication cannabique je sais que c'était un dossier que j'ai vu à Morlaix puisque le nom m'avait tilté, nous quand on accueille cet enfant on n'a rien, whalou ! Alors après on dit mettez les sonnettes d'alarmes, les lumières rouges, il n'y en a aucune !

BC : et tu es obligée d'appeler les assistantes sociales, les PMI ...

P : et voilà et nous on a en charge un service de 15 enfants hein

BC : oui c'est ce que j'allais dire c'est toi quoi qui doit faire ce boulot-là alors que ça pourrait être vraiment plus court si tu avais un courrier heu.

P : il faudrait des, des, des alarmes ! Il n'y en a pas !

BC : et oui aussi le retour sur les informations qui serait quand même important. Ok heu j'avais un autre truc que je voulais dire mais je ne sais plus... ah si ! Le dernier entretien que j'ai fait il y avait une idée qui était revenue qui était de, d'avoir un truc un peu intermédiaire qui pourrait être utile entre le RIP et le signalement, qu'est-ce que t'en penses toi de ce truc là ? Ce serait heu...je n'sais pas une espèce de RIP d'urgence un peu pour les situations vraiment bizarres ou tu n'as pas vraiment de fait heu...alors c'est toujours pareil c'est biaisé pour vous mais de situation ou tu n'as pas vraiment d'éléments pénalement répréhensibles d'emblée mais où c'est quand même un peu trop soft pour heu...alors ça ferait une démarche ne plus c'est sûr mais

P : Non, non c'est à dire que le RIP reste quand même quelque chose de, un enfant va rester à la maison c'est quand même beaucoup d'observation et c'est ça l'objectif et donc on passe de l'observation par les structures sociales, la PMI ... etc. on passe au signalement judiciaire qui pour nous aboutit quand même souvent au placement de l'enfant et à l'incarcération d'un des membres de la famille donc en effet entre les deux je te dis pas le hiatus qu'il y a et c'est pour ça que ça nous met tellement en difficultés c'est à dire ne rien faire, on va dire ne rien faire c'est le RIP parce que c'est quand même très léger avec 3 mois avant de pouvoir, 3 mois d'enquête et le signalement judiciaire que quelque fois on ne fait pas parce qu'on sait que les conséquences sont souvent heu tellement tranchées que la justice va prendre un an de toute façon elle va protéger l'enfant et elle prendra un an pour donner sa décision, en effet il faut une structure intermédiaire.

BC : ok ça marche, bon bah c'est pas mal ! On va couper.

Entretien n°3

BC : Alors est ce que dans votre pratique vous avez en mémoire des situations de RIP ou de signalement qui vous sont restées comme étant particulièrement compliquées, difficiles, qui vous restent en mémoire longtemps après ?

P : Oui bah oui des situations où on hésite entre les deux ou souvent des choses pas très franches quoi en fait, quand c'est très franc on fait un signalement et après bah du coup on décide de faire un RIP. Après souvent l'avantage d'être hospitalier c'est que l'on discute en équipe. Mais oui, oui je vois plusieurs situations où ça a été compliqué, où on avait décidé de faire un signalement au départ et on fait un RIP.

BC : et ce sont des situations qui se présentaient comment ? L'enfant était admis pour quel motif ?

P : aux urgences du coup heu admis en général pour heu, bah le fréquent c'est des hématomes.

BC : et est-ce que vous vous souvenez vous ce qui avait fait partir dans la direction du RIP ?

P : bah on fait un bilan assez systématiquement et si le bilan est complètement normal et que l'on sent que l'on a une adhésion des parents enfin que les parents acceptent les suivis, on en discute en équipe et du coup si on n'a pas d'inquiétude parce que évidemment si on a une inquiétude de mise en danger on ne se pose pas la question, après si on sent qu'il y a vraiment une adhésion des parents qui suit bah on va plutôt faire un RIP.

BC : et là dans cette situation là c'était ça, c'était que les parents étaient volontaires quoi ?

P : oui c'est ça qu'ils étaient complètement volontaires et qu'il n'y avait rien d'autre.

BC : et les hématomes étaient potentiellement liés à des gestes de négligence ?

P : peut-être oui.

BC : donc pour votre point de vue, un des éléments important ce serait ça, l'adhésion des parents ?

P : oui et puis bien sûr l'absence de signes de gravité pas de fracture ou autre.

BC : et c'est un élément qui vous a souvent permis de trancher ?

P : souvent on le fait en équipe, toujours donc c'est sûr que si on a de signes de gravité ça change la donne. Ce n'est pas tous les jours non plus hein.

BC : non j'imagine, heureusement ! Donc il y a la décision en équipe, l'adhésion de la famille, est-ce que vous voyez d'autres choses qui spontanément pourraient faire pencher d'un côté ou de l'autre ?

P : s'il y a déjà des antécédents aussi, s'il y a déjà eu un RIP. On essaye de se mettre en lien avec les services oui c'est pour ça que l'on fait aussi en équipe et que l'on travaille beaucoup avec l'assistante sociale et du coup pour se mettre en lien aussi avec les différents intervenants.

BC : et c'est une démarche qui peut parfois vous prendre du temps ? Parce que je sais qu'en réanimation c'est assez immédiat. Est-ce que ça peut arriver que vous vous donniez du temps pour voir les familles, les comportements qu'ils peuvent avoir ?

P : ben on est en hospitalisation quand même donc oui on peut se donner un petit peu de temps pour les situations particulières.

BC : ça peut être quelques jours ?

P : oui quelques jours sauf dans d'autres situations ou parfois ça arrive au fur et à mesure des consultations.

BC : et est-ce que les propos des enfants quand ils sont en âge, est-ce que c'est quelque chose qui va intervenir beaucoup dans votre prise de décision ?

P : oui alors souvent ils sont petits donc on n'a pas toujours les propos des enfants mais souvent dans ce cas on travaille avec les pédopsychiatres et du coup on peut faire des choses en lien ensemble. Je n'ai pas eu souvent à ... enfin ce sont plutôt des petits. Alors je pense parce qu'après il y a un biais et que c'est plutôt vers les pédopsychiatres qu'ils seraient orientés quand ils sont plus grands.

BC : ah oui donc le plus souvent ce sont des moins d'un an ou moins de 24 mois ?

P : Oui ce sont des petits qui ne parlent pas forcément trop oui.

BC : et donc les personnes avec qui vous travaillez principalement dans ces démarches-là ce sont principalement les assistantes sociales ?

P : oui du coup les assistantes sociales.

BC : c'est une des ressources les plus importantes donc, et c'est systématique ?

P : oui tout RIP on le fait avec l'assistante sociale, il y a un lien avec le conseil général et les signalements elles sont au courant aussi.

Normalement c'est systématique peu importe la démarche.

BC : et comment est-ce que vous percevez les rapports que vous pouvez avoir avec le système judiciaire lorsqu'il y a des signalements à faire ? Est-ce que cela se fait bien où ?

P : Oui, Oui on faxe au procureur, on appelle alors après on s'aide avec l'assistante sociale, je n'ai pas trop de souvenir de choses qui coïnciaient.

BC : et je sais que j'ai pu avoir comme retour jusque-là c'était le retour justement des informations au niveau social ou judiciaire qui sont en théorie sensé faire un retour.

P : alors c'est vrai que l'on n'en n'a pas toujours.

BC : vous en avez ? Cela arrive ?

P : oui s'il y a une OPP, mais sinon c'est avec l'assistante sociale. S'il y a une OPP ça on le sait après non ce n'est pas forcément...

BC : il n'y a jamais de courrier écrit comme on peut faire un courrier de consultation par exemple ?

P : Non sauf l'OPP.

BC : ok mais dans une démarche autre que celle-là il n'y en aura jamais ?

P : non e ne crois pas.

BC : et donc systématiquement quand il y a un RIP ou un signalement, vous vous mettez en lien avec la PMI ? Le médecin traitant ?

P : on essaye oui systématiquement on essaye bien sûr pour faire le lien.

BC : et cela peut vous aider aussi, suivant ce que va vous dire le médecin ou le pédiatre de PMI pour prendre la décision ?

P : oui bah oui, oui, bah oui je pense que oui ça peut nous aider, ça peut faire partie de la décision, la PMI connaissent bien ils sont aussi beaucoup dans le social donc ils connaissent bien le reste donc des fois on fait des liens avec la PMI en fait.

BC : même pour les suivis après en fait ?

P : pour les suivis ouais.

BC : et les parents vous les mettez systématiquement au courant ou pas ? Que ce soit RIP ou signalement ?

P : oui toujours.

BC : et ça se passe comment quand vous discutez avec les parents ?

P : ben quand c'est un signalement il n'y a pas forcément de règles et on leur explique que nous on ne les connaît pas, qu'on est le médecin de l'enfant et que notre travail c'est de protéger l'enfant et que quand ça peut être compatible avec un traumatisme notre travail c'est signaler ou pas au procureur mais que l'on n'est pas juge que ce n'est pas à nous de ... bon parfois ça peut aussi être difficile, ils pleurent en général, c'est quand même dur mais ça se fait quoi, ça se passe.

BC : ça c'est un truc qui est revenu plusieurs fois c'est le fait de ne pas être juge.

P : oui non on dit que l'on n'est pas juge, qu'on ne les connaît pas et que notre travail c'est l'enfant et ça en général les gens ils le connaissent et ils l'entendent, je me souviens d'une maman qui me dit « là si vous ne feriez pas de signalement je ne comprendrai pas »

BC : c'est même un peu paradoxal dès fois.

P : oui mais peut-être qu'elle avait des Parce qu'après on suit l'enfant nous donc on continue de faire des ...

BC : et ça se fait facilement ça après justement ?

P : bah comme on leur a dit qu'on les connaît, que l'on n'est pas juge et tout ça.

BC : ce n'est pas systématique qu'il y ait une rupture de suivi quoi ?

P : non normalement il n'y a pas de rupture de suivi. Ça on essaye, on essaye.

BC : Alors on avait fait des petites situations pour voir un peu vers quoi vous partiriez.

P : mais c'est vrai que la discussion d'équipe elle est vraiment primordiale, moi je n'ai jamais fait de signalement sans en discuter avec quelqu'un d'autre quoi bon après sauf bon évidemment je ne suis pas en réa non plus.

BC : ça c'était une idée qui était revenue, finalement c'est toujours une seule personne qui finit par le signer, que ce soit le RIP ou le signalement ?

P : non le RIP on le fait avec l'assistante sociale.

BC : ah oui donc déjà il y a une co-signature de la démarche.

P : parce que je sais que j'avais eu cette idée là pendant un des entretiens c'était que pour aider un peu les démarches, de faire un signalement à plusieurs enfin de le signer à plusieurs.

P : oui bah ça a pu déjà arriver, peut-être que ça a pu arriver je ne sais pas si, mais en fait même si on signe, oui il n'y en a qu'un qui signe mais c'est en équipes quoi.

BC : oui c'est vraiment pour apposer la signature mais bon.

P : après il y en a toujours un qui est le dernier à signer.

BC : ça marche. Donc oui on avait fait une petite liste de situations que l'on peut rencontrer pour voir un peu ce que vous en pensez, vers quelle attitude vous iriez sur un tableau plutôt de négligences éducatives, de carence dans les cadres quotidiens ?

P : plutôt sur un RIP oui après ça dépend de la situation mais plutôt sur un RIP

BC : donc oui pareil sur une situation de précarité au domicile avec des carences plutôt nutritionnelles, d'hygiène etc. ...

P : plutôt sur un RIP en premier lieu qui peut se transformer en signalement par la suite.

BC : et heu sur un syndrome du bébé secoué ?

P : un signalement d'emblée.

BC : alors ça c'est un peu ce dont on a parlé tout à l'heure, sur des lésions, des hématomes ou des ecchymoses pas médicalement justifiées par ...

P : ça dépend en fait.

BC : et dans ces cas-là, c'est vraiment la relation avec les parents qui va ...

P : la localisation, la répétition, oui c'est difficile entre signalement/RIP ça dépend si ça revient, s'il y en a d'autre ...

BC : ce qui va plutôt partir vers le signalement c'est s'il y a eu plusieurs épisodes ?

P : oui plusieurs épisodes.

BC : et si on a l'impression qu'il peut y avoir une rupture avec les parents ?

P : oui, pas d'explication sur autre chose si ...

BC : et justement un enfant qui revient avec un RIP antérieur, où il n'y a pas eu de procédure, qui revient pour un motif qui pourrait être par exemple le même motif est ce que, pareil ça dépend des circonstances mais quand il y a eu une démarche avant ?

P : peut-être que là je ferai un signalement du coup, mais en équipe.

BC : ah oui, c'est une idée qui est revenue à plusieurs reprises est ce que au fur et à mesure de l'avancée de votre pratique est ce que vous voyez un changement un peu dans la manière d'aborder les choses ?

P : oui, oui je pense oui bah oui ça reste compliqué mais oui je peux aller plus facilement toute seule, éventuellement avec l'assistante sociale, oui plus facilement qu'avant.

BC : il y a un frein qui est là au début peut être ?

P : heu oui, je pense que oui en fonction des situations on évolue.

BC : et du coup oui dans cette manière de fonctionner, car je sais que j'ai eu certains pédiatres pour qui les RIP étaient parfois un peu trop light entre guillemets, trop soft, en avançant un peu dans la carrière on avait plutôt tendance à signaler parfois que faire un RIP ?

P : je ne sais pas si je signaler plus, ça dépend des situations, peut-être que oui, peut-être que l'on fait un peu plus de signalement je ne sais pas. Non je ne sais pas trop si je fais plus de signalement qu'avant. Ça dépend.

BC : et du coup pour améliorer un peu les choses ou faciliter les choses est ce que spontanément vous avez des choses qui pourraient de votre point de vue ... ?

P : bah je pense qu'il faudrait que l'on connaisse un peu mieux comment ça se passe, qu'est-ce que deviennent nos RIP, ça par contre on ne le sait pas trop et du coup qu'est-ce que deviennent nos RIP est ce que ça sert, avoir du retour sur nos RIP c'est vrai que ce serait intéressant pour savoir un peu... et puis travailler avec la PMI parce que on le fait mais c'est vrai qu'ils sont pas mal occupés la PMI mais qu'est-ce qu'ils deviennent nos RIP comment ça se passe après je pense que ce serait intéressant que l'on sache un peu plus ça oui.

BC : et oui parce que du coup ça vous permettra aussi d'adapter pour des situations futures et puis de ... et oui c'est vrai que c'est une idée qui revient quasiment à chaque fois, tout le monde à tendance à penser un peu pareil. Et alors est-ce que par exemple la participation d'autres personnes qualifiées dans le domaine par exemple un légiste ou faire vraiment des staffs spécialisés là-dessus ça pourrait être des choses qui ...

P : oui on fait des fois oui, moi je pense que c'est intéressant oui. Alors par au moment du signalement mais c'est vrai que l'on peut discuter avec le légiste et ça peut être intéressant ouais.

BC : et ça peut être intéressant à posteriori ?

P : oui je ne sais pas parce qu'on ne l'a jamais fait mais ça pourrait être intéressant avant oui pour aider. En général si elle vient c'est que l'on a déjà fait un signalement du coup elle est nommée pour venir.

BC : et on avait une idée aussi dont on avait parlé c'était qu'il y avait un peu un fossé entre le RIP et le signalement et est-ce que pour vous il y aurait un intérêt à avoir une démarche un peu intermédiaire entre les deux qui soit plus... en fait plusieurs fois j'ai eu l'impression dans ce que l'on m'a raconté, que les RIP étaient un peu parfois, ne cadrant pas assez les choses quoi ?

P : oui, ben je ne sais pas parce qu'après il y a, nous on fait aussi un lien quand on pense que qu'il faut que les parents soient un peu plus soutenus, on va en référer à la PMI. Pour moi c'est déjà intermédiaire le RIP, il y a le lien avec la PMI, le RIP et le signalement. Après c'est vrai « que deviennent les RIP ? » C'est ça la question.

BC : donc oui au niveau des démarches, tel que c'est organisé, c'est un truc qui est plutôt équilibré de votre point de vue en fait ?

P : oui moi j'ai l'impression.

BC : sauf le devenir quoi.

P : oui j'ai l'impression qu'ils en ont pas mal des RIP au conseil général. Je pense s'il y a 3 RIP qui arrivent en même temps ils le transfèrent aussi, enfin si tous les truc convergent ça peut se transformer en signalement je pense.

BC : s'il y a 3 RIP pour un seul et même enfant quoi ?

P : oui je pense que le conseil général quand ils reçoivent les 3 RIP, je ne sais pas trop comment ça se passe après.

BC : bah moi j'avais rencontré une dame du conseil général et elle m'avait expliqué qu'en fait ils vont trier un peu le degré d'urgence, soit ceux qui doivent être vu dans la semaine, soit ceux qui seront vu durant la démarche qui est de 3 mois et après ils ont 3 mois pour faire une enquête et rendre un rapport et de là soit ils classent sans suite, soit ils mettent des mesures adaptées aux domaines de carence, soit ils transmettent au procureur et normalement ils doivent faire un retour écrit à la fin de la procédure.

P : du coup à qui alors ?

BC : ben au ...

P : à ceux qui ont fait un RIP ? Ben alors peut-être qu'ils le transmettent aux services sociaux alors ?

BC : et justement ça c'était aussi quelque chose dont je voulais parler est-ce que, parce que en gros les médecins ont l'obligation de faire des courriers d'hospitalisation, de consultation, est-ce que le manque parfois de traçabilité dans le dossier médical de toute la démarche sociale ça peut être un problème ?

P : ben je pense qu'ils ont un dossier au service social mais que nous on n'a pas ouais. Ça dépend parfois elle note l'assistante sociale mais c'est sur des feuilles non saisissables, parce que du coup le dossier il peut être vu par tout le monde en fait enfin par tout le monde, les parents ont le droit de demander le dossier. On peut le leur donner sauf les feuilles vertes du coup qui ne sont pas saisissables. Donc des fois elles écrivent des choses enfin on sait qu'elle est passée enfin c'est vrai qu'il n'y a pas forcément de choses écrites. Sauf que nous on transmet enfin on met dans le dossier.

BC : et donc oui le fait que vous ayez facilement le recours à l'assistante sociale ça permet de pallier au fait qu'il n'y a pas forcément de courrier ?

P : hm, hm oui.

BC : donc si on fait un petit résumé, les choses les plus heu ... un truc qui est hyper important pour vous faire pencher d'un côté ou de l'autre ce serait déjà l'attitude des parents ?

P : ben plus que leur attitude, leur adhésion en fait, est-ce qu'ils acceptent le suivi ou pas quoi ? Et la dangerosité.

BC : oui par exemple pour quelque chose qui serait un peu de l'ordre de la négligence ou de la carence un peu ce que l'on disait tout à l'heure d'hygiène etc. ... Si les parents ne sont pas du tout observant ou n'adhèrent pas du tout.

P : oui ben du coup c'est un RIP qui peut se transformer en signalement si par contre ils acceptent le suivi, qu'il y ait des gens à la maison enfin ils acceptent le suivi PMI bah du coup ça va rester un RIP.

BC : donc oui un motif qui ne serait pas forcément gravissime, j'entends hématome sous dural etc.... Si c'est un motif qui est moins grave entre guillemets, qui nécessiterai à priori un RIP au départ, le fait que les parents ne soient pas du tout en accord ça peut heu ...

P : ben ça pourrait après je ne sais pas si tout le temps. Chaque situation est quand même différente donc c'est difficile de ... mais oui ça pourrait oui.

BC : donc il avait ça qui était important, l'autre chose c'était l'équipe, le fait de travailler en équipe. Et même dans les situations qui sont un peu pressées ?

P : ah bah du coup non si c'est pressé, urgent, là je peux faire un signalement aux urgences la nuit toute seule oui.

BC : oui c'est ça mais là c'est vraiment si c'est une urgence au sens médical, donc ça rejoint un peu le point de vue des réas.

P : oui et puis je crois que du coup parfois c'est important de signaler rapidement pour que les choses puissent être vues rapidement et qu'il y ait des enquêtes qui puissent être faites tout de suite.

BC : et oui on avait parlé aussi d'une protection rapide quoi.

P : ah bah oui, oui et puis de toute façon l'enfant on l'hospitalise.

BC : et ça oui, ce que j'avais entendre, c'est que la manière de trancher c'était plus facile dans ces cas là parce que...

P : oui bah c'est sûr qu'un bébé secoué on signale, on ne se pose pas la question. Après il peut y avoir des maladies qui font, mais on signale et après on continue les examens.

BC : mais oui dans le doute si on a vraiment une impression de gravité.

P : ben sur un bébé secoué oui on signale. Enfin je pense que tout le monde le signale.

BC : mais oui donc vraiment le seul moment où il n'y a pas de réunion d'équipe c'est ça ?

P : oui ben on peut le faire rapidement où on en parlera quand même à l'équipe mais ...

BC : et oui le travail avec les pédopsy c'est un travail que vous faites fréquemment dans cette démarche là ?

P : oui.

BC : oui alors plutôt sur des enfants un peu plus âgés quoi ?

P : ben ça dépend des situations en fait hein, ce ne sont pas vraiment les mêmes situations, donc on peut travailler pas mal avec les pédopsy dans les situations comme ça. Et puis on a une pédiatre aussi, Mme L.B. qui revoit aussi les enfants dans des situations pas très claires.

BC : a donc il y a une des pédiatres qui est spécialisée ?

P : oui d'ailleurs ça pourrait être intéressant que tu la rencontre.

BC : d'accord et donc elle est pédiatre elle de base et elle fait un peu le lien entre les ...

P : elle revoit les enfants bah des choses qui ne sont pas forcément urgentes que l'on n'hospitalise pas et il n'y pas mal, enfin beaucoup de situation du vendredi soir ou du dimanche soir s'il n'y a pas forcément d'urgence, on fait un certificat et elle les revoit dans la semaine et pour le coup on va pas faire de RIP ou de signalement.

BC : et les situations type c'est quoi, ce sont les conflits entre les parents par exemple ?

P : ah bah oui c'est pour ça le vendredi soir et le dimanche soir.

BC : c'est ça, les changements de garde quoi.

P : donc là on travaille pas mal avec Mme L.B, il y a une cellule aux urgences et elle revoit les dossiers et après.

BC : et par contre ce ne sont pas des situations urgentes, et puis ce ne sont pas des situations médicales dans le sens organique quoi ?

P : non, non.

BC : ce sont des situations où on est plutôt dans le social ou le psychologique quoi ?

P : oui ben il peut y avoir pas mal d'autres choses c'est vrai que ça pourrait être intéressant de voir

BC : donc voilà c'était à peu près tout et ce sont toujours des situations difficiles mais est-ce que le fait de le ressentir comme tel ça a pu modifier votre manière d'aborder ce genre de situation ? Dans les cas un peu, par exemple si vous n'êtes pas forcément d'accords avec vos collègues ça a pu influencer derrière sur...

P : je ne sais pas.

BC : c'est trop ça dépendant quoi.

P : oui je ne sais pas.

BC : ok je pense que ce n'est pas mal et que l'on a abordé à peu près tout.

Entretien n°4

BC : Alors c'est parti, donc pour commencer est-ce que vous avez en mémoire des situations de RIP ou de signalement pendant votre carrière qui ont été particulièrement difficiles ou particulièrement marquantes ?

P : Heu pas spécialement difficiles non parce que dans le milieu hospitalier c'est une décision qui suit une discussion d'équipe donc je n'ai pas le souvenir d'avoir été mis en difficulté mais ce n'est jamais simple, mais comme ça je n'ai pas de souvenir spécifique de difficulté.

BC : de situation précise ?

P : de situation si mais pas de situation qui aurait été difficile.

BC : d'accord. Et les situations que vous gardez un peu en tête là c'était quoi comme circonstances ?

P : il y en avait plusieurs, je pense à une hémorragie intracrânienne notamment ou forcément on suspecte un syndrome du bébé secoué alors que c'était une pathologie médicale. Alors je pense à cette situation car ce n'est jamais bien vécu forcément par les parents mais après quand on leur explique en général ils comprennent. Enfin voilà il y en a plusieurs. Après on reçoit aussi les morts inattendues du nourrisson, donc dans ce cadre-là on est parfois amené à faire un signalement pour signaler les faits, et les situations de RIP je pense à un coma sur une intoxication au cannabis par exemple. Enfin voilà il y en a plusieurs, j'ai une mémoire assez sélective donc je ne peux pas me souvenir de toutes les situations mais il y en a quelques-unes. Mais c'est un souvenir général sur les situations en général. Tu voulais des exemples sur des situations difficiles ?

BC : par exemple oui ou alors des situations bien particulières, là du coup l'hématome intracrânien au final c'était une pathologie de la coagulation ?

P : tout à fait ! Mais c'est à dire qu'un hématome sous dural ou extra dural sans cause traumatique tu es forcément obligé d'évoquer de la maltraitance après nous on et là pour objectiver des faits et réfléchir à la possibilité d'une cause comme la maltraitance après ce n'est pas nous qui faisons l'enquête ce n'est jamais jugeant.

BC : et là dans cette situation là il y avait eu un signalement fait d'emblée ?

P : il y avait eu signalement ouais, avant que l'on fasse le diagnostic.

BC : d'accord et du coup comment se passent les suites dans ces cas là ? La procédure est annulée ?

P : en pratique vraiment le médecin n'a pas à juger, nous on n'est pas juge on est juste là pour signaler, pour identifier des situations. Soit il y a une situation où l'enfant est à risque d'être en danger, soit il est en danger et là on est plus dans normalement la nécessité de faire un relevé d'information préoccupante et s'il y a des faits objectifs, imaginons si on pense à des lésions intracrâniennes ou des hématomes suspects ou des fractures suspectes, là c'est des faits objectivés.

S'il n'y a pas une origine précise, traumatique ou médicale on doit forcément penser à une maltraitance donc là on fait un signalement. Après à partir du moment où le signalement part, si le patient est dans le service, en pratique ce qui se passe c'est que parfois la police judiciaire vient nous interroger directement dans le service, souvent ils interviennent au domicile des parents ou chez l'assistante maternelle si c'est le cas et l'enquête est menée. Mais nous on ne participe pas à l'enquête et puis ce n'est plus notre rôle, nous notre rôle c'est vraiment de signaler et d'apporter si c'est un signalement des faits un peu objectifs, des éléments factuels.

BC : et du coup ça peut arriver qu'ils viennent vous revoir en plus du signalement que vous avez fait ?

P : la police judiciaire ? Oui tout à fait, une fois que l'on a signalé c'est le procureur qui fait son enquête et donc la police judiciaire peut venir s'ils ont besoin d'éléments supplémentaires et donc nous on décrit les faits essentiellement en fait. On fait un certificat médical initial très objectivement on n'a pas à rentrer dans « on pense que c'est telle ou telle chose ... » nous notre rôle ...

BC : il n'y a pas forcément d'interprétation ?

P : oui voilà et on n'a jamais de retour après évidemment parce que ça c'est le rôle de la justice. Alors on voit dans le journal « un papa emprisonné ... ». Nous on voit un enfant, il a des lésions ou on considère qu'il est dans une situation à risque, on signale au conseil général ou au procureur et après on répond aux questions que l'on nous pose, le plus factuellement possible et puis notre rôle s'arrête là, à la protection de l'enfant.

BC : et le fait qu'il n'y ait pas de retour, parce que c'est un truc qui revient souvent dans les entretiens que j'ai pu faire, est-ce que c'est quelque chose qui peut vous poser problème ?

P : non après ça dépend de la confiance que l'on a dans la justice, moi j'ai confiance en la justice Française après l'enfant est mis en sécurité. Après si on veut savoir c'est de la curiosité parce que ça n'apporte pas d'intérêt particulier.

BC : et pour après par exemple, s'il y avait un retour systématique est-ce que vous pensez que ça pourrait, peut-être pas améliorer les pratiques mais modifier un peu les pratiques ?

P : mais un retour sur quoi précisément ?

BC : sur qu'est ce qui a été fait comme démarche. Est ce qu'il y a eu incarcération, un placement ... ?

P : non je pense qu'il faut vraiment quand on est soignant, médecin se dire qu'il faut être capable d'identifier les situations à risque, de reconnaître les signes de maltraitance et de les signaler après c'est vraiment plus de notre ressort. Parce qu'on n'a pas à juger et se dire que les gens vont être emprisonnés ou autre ça ce n'est vraiment pas de notre ressort. Donc après le retour ça appartient à la justice je pense que l'on n'a même pas être tenu informé. Après si on reçoit un enfant on n'a besoin de savoir si un des parents est emprisonné ou pas, on doit savoir qui a l'autorité notamment sur l'enfant mais non ça n'apportera pas de, enfin moi ce n'est pas quelque chose qui m'aiderait à changer mes pratiques ou à modifier les démarches.

BC : et alors pour les signalements mais pour les RIP est ce que ça pourrait avoir intérêt ?

P : les RIP c'est différent, je pense par exemple la situation du coma sur intoxication au cannabis qui est une situation de plus en plus fréquente dans les autres centres de décrire, et bien ça veut dire que la mise en danger c'est parce qu'on laisse un stupéfiant, un toxique dans un lieu où l'enfant ne devrait pas avoir accès et du coup ça veut dire qu'il y a une mise en danger de l'enfant qui peut se reproduire et être plus grave mais il n'y a pas eu de volonté de nuire mais ça la volonté de nuire je vais trop loin en disant ça car même ça ce n'est pas à nous d'identifier cette chose-là. Par exemple le coma qui a été entraîné c'est un coma accidentel comme on peut avoir sur un médicament qui traîne.

BC ...sur une intoxication au monoxyde de carbone...

P : oui voilà enfin non le monoxyde de carbone c'est de la vétusté, des fois de la précarité sociale, là quelqu'un qui laisse sa boîte de benzodiazépine ne doit pas la laisser à portée des enfants. Quelqu'un qui laisse du cannabis, une boulette en pratique parce que c'était le cas, par terre...

BC : ah oui ce n'était même pas avec les fumées ?

P : non, non, non il a mangé la résine de cannabis. Et heu bon déjà c'est heu ce n'est pas légal et puis en plus ça se retrouve par terre donc c'est une mise en danger pas forcément volontaire donc là c'est différent d'une maltraitance objectivée mais ça peut, on n'a pas d'éléments pour dire « il y a une maltraitance, il y a une mise en danger » mais il y a un élément préoccupant c'est à dire que cette situation qui est accidentelle à priori elle pourrait se reproduire et après là ce qui peut se passer c'est que ça se reproduit puis en fait on se rend compte que c'est une administration volontaire par exemple.

BC : et alors on y arrive un petit peu, c'est plus le fait qu'il y ait des faits, des éléments avérés et très concrets qui vont vous orienter vers un signalement ?

P : ben c'est à dire que c'est des lésions heu objectives sur l'enfant qui si elles n'ont pas d'autre cause avérée sont possiblement le fait d'une maltraitance. Après ça peut être des causes indirectes d'une mise en danger involontaire et donc c'est plus là où le RIP c'est vraiment plus une situation qui peut mettre l'enfant en danger ou un risque de mise en danger pour moi et du coup avec un enfant qui a eu des conséquences ou pas de ça. Par exemple ça peut être aussi, on a eu des intoxications à l'alcool parce que les parents laissaient trainer des bouteilles ou alors je me souviens d'une situation où le punch de la veille a été mis dans des bouteilles de jus d'orange et servi par le grand frère au petit déjeuner au petit de 3 ans qui fait un coma éthylique. Donc là c'est accidentel, on peut se poser la question de négligence qui pourrait se reproduire. Donc là il a des lésions parce que, enfin il y a des conséquences car l'enfant a présenté des troubles de la vigilance, a été hospitalisé en réanimation etc.... aurait pu être intubé et ventilé mais c'est là où la subjectivité du clinicien intervient mais on ne peut pas faire un signalement en disant il y a eu une maltraitance potentielle sur cet enfant c'est plus la mise en danger, ça peut se rapprocher de la négligence.

BC : donc ce sont quand les situations sont un peu plus floues, quand ce sont des erreurs par omission que par action des parents.

P : oui c'est ça, dans le signalement il y a une notion de volonté de nuire directement à l'enfant, bébé secoué, plaies de cigarettes, hématome, fracture ... Et le RIP c'est plutôt des accidents inhabituels qui peuvent faire craindre la récurrence. L'enfant qui bois de l'eau de Javel parce qu'elle est mal placée on ne va pas forcément faire un RIP à chaque fois.

BC : il faut replacer dans les circonstances aussi.

P : voilà c'est ça.

BC : et donc pour vous ce qui vous aide à trancher c'est les lésions avérées donc là c'est d'emblée, quasiment sans réfléchir et dès que c'est un petit peu accidentel, flou ou imprécis on part plutôt sur un RIP d'abord sauf vraiment en cas de circonstances très particulières.

P : ouais, ouais c'est ça, sachant que le RIP permet de, enfin voilà si c'est vraiment inquiétant...parce que le signalement s'il n'y a pas de faits objectifs le procureur, ça va vite s'arrêter et puis lui peut rebasculer au conseil général aussi. Et puis il y a aussi l'opposition des parents à des soins, évidemment ça c'est, ça peut faire l'objet d'un signalement et là c'est toujours difficile la définition. L'intérêt de l'enfant prime mais parfois on est dans une situation où on ne peut pas empêcher les parents de vouloir rentrer chez eux et là ça peut être un RIP pour pouvoir s'il y a le moindre souci de transformer cela en signalement si les parents s'opposent. Mais dans ces situations d'opposition souvent la discussion et l'évocation de signalement potentiel permet de récupérer l'adhésion des parents. Et on peut être dans une situation aussi de refus de soin où la question peut se poser de l'OPP.

BC : et donc c'est vraiment le côté volontaire des parents, que ce soit dans la volonté de nuire ou la volonté de s'opposer aux soins qui va faire pencher.

P : Oui c'est ça la crainte d'un danger immédiat. Ouais c'est à dire que je pense que l'opposition s'il y a une nécessité absolue que l'enfant soit...c'est à dire si le fait que l'enfant rentre chez lui par exemple et que cela met en danger sa santé à court terme là on est obligé de faire un signalement après quand ça peut être la santé en danger mais sur plus ou moins long terme par défaut de soin ce sera plus discussion d'un RIP c'est des situations très particulières.

BC : et pour prendre des décisions quand ils sont en âge de parler est ce que les propos des enfants sont des choses qui peuvent vous orienter ?

P : ça fait forcément évoquer Je pense à une situation récente, je ne sais plus ce qu'avait l'enfant mais elle disait en gros « mon papa me tape » et le lendemain elle pouvait se contredire donc on sait que la parole des enfants il faut l'entendre mais il faut être vigilant sur ce qui est dit mais ça peut faire susciter un doute forcément mais on reste vigilant ça dépend de la maturité et de l'âge de l'enfant.

BC : ça peut étayer un peu ?

P : pas étayer mais plutôt faire rester vigilant en fait, rester vigilant et au moindre doute si les propos se répètent ça peut aboutir à un RIP. Mais ce n'est jamais simple un enfant qui dit « papa me tape » ça peut être imagé.

BC : Oui donc c'est prudence quand même sur les propos ?

P : Oui les propos des enfants oui, mais ça dépend de leur âge après il y a le développement du langage et puis il y a une certaine maturité mais ça dépend de l'enfant et c'est difficile de faire une généralité. Ça dépend de la maturité de l'enfant, de son âge... Un ado évidemment sa parole aura plus d'importance mais à partir de 6-7 ans il y a des enfants qui sont capables d'exprimer. Oui forcément ça fait partie intégrante de la réflexion mais ça dépend de l'âge de l'enfant.

BC : et avec quelles autres personnes vous interagissez ? Quelle autre profession ? Le plus souvent pour les démarches de RIP et de signalement ?

P : l'assistante sociale, le psychologue parfois pour le rôle de soutien et d'accompagnement, après les PMI, le conseil général c'est plus pour le signalement et puis le procureur on ne peut pas dire que l'on interagi vraiment. C'est plus un coup de téléphone et un fax mais là c'est plus le « téléphone rouge ». Et puis ça peut être le médecin traitant aussi quand on a besoin d'étayer un peu, de voir l'environnement. Mais parfois le médecin traitant peut être surpris si ce n'est pas forcément des gens qu'il voit forcément souvent. Oui le médecin traitant ou un spécialiste qui suit l'enfant enfin des gens qui sont amenés à le voir peut-être plus souvent que nous.

BC : et donc facilement vous allez vers ces gens-là pour les situations alors hors situation d'extrême urgence.

P : Oui, la PMI je pense joue un rôle...on peut les contacter par ce que dans le RIP je ne sais plus exactement qui se déplace au domicile. Parce que l'on signale au conseil général mais physiquement quelle profession se déplace sur place ? J'avoue, je ne sais pas.

BC : alors j'avais rencontré une des personnes du conseil général qui m'avait expliqué que normalement dans les textes de loi il y a une CIRP donc une cellule qui est sensé centraliser dans le département sauf que dans le Finistère ce n'est pas comme ça, en fait ils retournent les informations sur les territoires d'action sociale donc sur les CDAS des secteurs et c'est eux qui après font l'enquête sociale et normalement eux font un retour à l'office départemental mais c'est moins centralisé que ce n'est sensé l'être.

P : nous c'est assez ponctuel en réa. Soit c'est le procureur et là ça nous échappe, parce qu'il y a le milieu judiciaire et le médecin légiste qui est mis sur le coup, soit on fait un RIP et puis après on ne suit pas forcément l'affaire après. C'est quelque chose d'assez court sauf quand l'enfant est hospitalisé après.

BC : et ça peut arriver que vous vous donniez le temps, hors situation d'urgence, de volontairement prolonger un peu l'hospitalisation pour voir les parents, voir le contexte ?

P : Oui, oui bien sûr, tout à fait. Je pense que l'on se précipite moins lorsque l'on a une suspicion, une inquiétude, on se précipite moins à faire sortir l'enfant le temps de cadrer les choses.

BC : après du coup j'imagine que ça peut bien aider pour voir ce que l'on fait comme démarche ?

P : Tout à fait. Après nous ici en réa les patients vont en pédiatrie donc c'est un travail conjoint avec les équipes de pédiatrie générale où l'hospitalisation si elle est plus justifiée pourra se faire dans un autre service.

BC : Oui donc c'est ça donc souvent pour vous soit c'est signalement sur des choses vraiment extrêmement graves ou urgent soit il y aura un transfert plutôt en pédiatrie générale pour et c'est plutôt de là-bas que viendra la décision.

P : Oui, je pense à une autre situation aussi sur une garde j'ai eu un enfant avec une hypernatrémie à 189, c'est un peu historique, dans le coma transféré d'un autre centre hospitalier pour état de mal convulsif et en fait c'était un état de mal convulsif sur une dysnatrémie et aucune cause médicale retrouvée donc ça faisait penser à une intoxication volontaire à l'eau salée par exemple. Donc là c'était un RIP puisqu'on avait pas d'éléments pour objectiver. Mais je sais que le RIP n'a abouti à rien. Alors probablement qu'il y a eu à un moment donné

BC : une carence de surveillance.

P : ou une maltraitance volontaire.

BC : et est-ce que vous informez systématiquement les parents ?

P : oui, ça ce n'est pas forcément simple mais on dit qu'objectivement l'enfant présente des signes qui nous obligent à en faire part à soit l'autorité judiciaire soit administrative enfin on présente les choses comme ça et dès fois ça peut être mal pris. Et on informe les parents comme quand il y a une erreur médicale ou d'administration de traitement on n'est pas sensé dissimuler. Cela peut être encore plus compliqué avec les parents s'ils apprennent que le signalement en tout voilà ici on informe les parents, sauf si on se sent mis en danger effectivement on va d'abord signaler. Mais dans la majorité des cas on informe les parents.

BC : est-ce que au fur et à mesure de l'avancée de votre pratique et des situations qui peuvent éventuellement se répéter vous voyez une évolution dans votre manière d'aborder les choses par exemple avez-vous un peu moins d'hésitation à faire un signalement ou plus d'hésitation à en faire ?

P : déjà c'est des événements peu fréquents, pas rares mais peu fréquents donc l'expérience reste quand même forcément... c'est typiquement un truc que l'on ne fait pas tous les jours. Je dirai que ça n'a pas beaucoup bougé, j'hésite pas plus pas moins. En tout cas c'est comme beaucoup de choses en médecine, à partir du moment où on y pense, il faut aller au bout de la démarche. Si on a des lésions qui font penser à une maltraitance il faut aller jusqu'au bout et il faut avoir une démarche protectrice pour l'enfant et discuter après de la meilleure attitude soit signalement soit RIP. Mais non ce n'a pas trop changé, je pense qu'on a plus tendance à avoir peur de rater une situation qui peut mettre en danger l'enfant. Et bien sûr après il ne faut pas signaler à tout vas parce que c'est assez traumatisant pour les familles d'être mis en cause.

BC : alors on avait fait des petites situations pour voir un peu vers quoi tendent les personnes mais on en avait déjà un peu fait le tour. Pour les négligences éducatives ce sont plutôt heu ...

P : oui un RIP.

BC : la précarité au domicile, devant un milieu social un peu défavorisé qui aurait un retentissement sur l'enfant ?

P : un RIP

BC : syndrome du bébé secoué on a dit signalement. Sur des lésions un peu diffuses sans cause retrouvée ?

P : Hmm alors redis moi la phrase ?

BC : sur des lésions non médicalement justifiées ?

P : oui quelles qu'elles soient ? Oui sans cause médicale ok. Après c'est difficile à partir d'un certain âge ils peuvent avoir des bleus partout donc c'est surtout pour des lésions atypiques. Mais bon un enfant de 8 ans il fait du vélo et il peut avoir quelques bleus ça dépend de l'intensité et heu, ouais c'est un ensemble en fait. Il y a la localisation atypique, tu as l'hétérogénéité des lésions aussi et puis l'absence de cause ça se serait plutôt un RIP ouais.

BC : oui encore une fois dès qu'il y a un flou ...

P : bah si on voit des trous de cigarette par exemple ou tout ce qui est fracture du fémur à 6 mois.

BC : oui tout ce qui est fracture des os longs avant l'acquisition de la marche.

P : Après c'est au cas par cas donc c'est difficile.

BC : et un enfant qui viendrait, où il y aurait déjà eu un RIP de fait sans que ça ait abouti à grand-chose et qui reviendrait pour une situation un peu similaire est ce que plus facilement vous iriez vers un signalement ?

P : s'il n'y a pas d'argument supplémentaire pour faire un signalement moi je referai un RIP.

BC : alors après ce sont des petites choses qui ont pu revenir dans les différents entretiens. Est-ce que de votre point de vue il y aurait des choses qui pourraient être améliorées, affinées pour optimiser un peu les prises en charges, pour sécuriser un peu plus les enfants ?

P : je réfléchis...c'est plutôt bien, c'est un système qui fonctionne plutôt bien. Peut-être les voies de communication, ce n'est pas toujours simple avec le procureur notamment même si c'est efficace hein c'est ce que l'on demande. Comme on disait tout à l'heure on n'a pas de retour mais ça n'a pas une utilité forcément importante après moi je parle du point de vue de la réanimation et on ne suit pas forcément les enfants. Après les gens qui suivent les enfants je pense qu'ils ont un retour ? Je ne sais même pas pour les RIP ce n'est pas sûr.

BC : normalement ils devraient, je sais que quand j'avais rencontré une personne du conseil départemental, il y a un courrier qui doit être fait quand il y a une clôture du dossier mais à priori ce n'est pas le cas toujours.

P : là-dessus je dis il n'y a pas forcément d'intérêt à avoir un retour je pense au signalement, aux procédures judiciaires mais quand on suit l'enfant si on a des éléments d'inquiétude c'est important de savoir si le RIP n'a abouti à rien ou si on peut être rassuré ou s'il y a des éléments d'inquiétudes qui auraient abouti à une surveillance. Je pense que là il y a peut-être un manque de connaissance déjà chez le médecin du système, de comment cela fonctionne exactement et de dialogue entre le conseil général et le médecin. On manque d'informations peut-être, là-dessus ça reste deux notions. Le signalement c'est vraiment la justice mais sur le RIP, le conseil général peut-être qu'il y aurait besoin d'un peu plus d'informations. Il faut que tu organises un petit congrès sur la protection sociale.

BC : ce sera une autre étape (rires). Alors j'avais dans un entretien une notion qui est revenue aussi c'est qu'il y avait un écart un peu trop important parfois entre le RIP qui va amener à des mesures sociales et qui est plutôt parfois pas toujours très efficace et le signalement qui est lourd de conséquences et du coup l'idée de faire une espèce de procédure intermédiaire.

P : bah c'est vrai qu'il y a un grand décalage, c'est à dire qu'il y a une situation inquiétante et le RIP ils vont voir s'il y a des informations préoccupantes mais c'est sur un temps donné donc peut-être que le risque, la mise en danger qui peut être dissimulée pendant cette période-là et qu'une fois le RIP stoppé l'enfant serait toujours en danger. Mais en même temps s'il n'y a pas d'élément je ne sais pas si faire une enquête policière ...

BC : ce serait un pallier intermédiaire, supplémentaire entre les deux.

P : c'est à dire que le RIP il permet de voir s'il y a des carences importantes éducatives, de soin, d'hygiène, de mise en danger par la gestion du domicile mais si la maltraitance peut passer au travers des mailles du filet je pense mais c'est toute la difficulté d'après s'il n'y a pas d'éléments objectifs même si c'est une situation intermédiaire je ne suis pas certain que...mais c'est vrai qu'il y a un monde entre les deux. Je ne sais pas combien de temps dure un RIP par exemple si c'est vraiment subjectif ou si c'est le conseil général qui décide ?

BC : alors moi ce qu'ils m'avaient expliqué c'est que quand ils reçoivent un RIP ils le staff pour voir si ça a un caractère urgent ou pas. Si c'est urgent ils essayent d'intervenir dans les semaines au domicile et sinon ils le diffèrent en fonction de leurs disponibilités et dans tous les cas à partir du moment où ils reçoivent un RIP ils ont trois mois pour rendre une enquête, donc dans tous les cas ça dure trois mois maximum. Après ils sont sensé avoir mis en place les mesures dans les différents domaines de carence ou transmettre au procureur ou classer sans suite donc c'est quand même assez long quoi.

P : non mais ça veut dire que les deux procédures ont leur intérêt et il faut essayer de bien cibler laquelle choisir parce qu'après une situation intermédiaire ça risquerai de complexifier un peu le système je pense.

BC : bon donc on a fait un peu le tour, donc en résumé les éléments qui vont être importants dans la prise de décision ça va être le caractère volontaire des choses, si ce sont des problèmes par omission ce sera plutôt une enquête sociale donc un RIP et par contre s'il y a une volonté de nuire ou une volonté de s'opposer à la démarche on partirait plutôt sur un signalement de votre point de vue. Les autres choses importantes c'est la décision collégiale qui est systématique j'imagine ?

P : ben c'est à dire qu'en hospitalisation en réanimation on a un staff médico-infirmier où on évoque les éventuels contextes sociaux défavorisés ou les suspicions de maltraitance et donc on en discute à ce moment-là.

BC : c'est toujours discuté donc et par exemple les assistantes sociales elles peuvent être présentes pendant ces staffs là ?

P : on a délocalisé le staff avec l'assistante sociale qui se fait à part mais il y en a un systématiquement une fois par semaine où on discute de toutes les familles et des éventuels problèmes sociaux.

BC : donc c'est aussi une personne qui est un élément important dans la démarche et dans la prise de décision ?

P : elle participe en tout cas.

BC : et après dans les choses heu...globalement de votre point de vue ce sont quand même des mécaniques qui fonctionnent bien. Et c'est une chose qui revient souvent c'est le retour des informations alors pas forcément sur les signalements mais peut-être sur les RIP qui serait à améliorer ?

P : peut-être mais je ne sais pas s'il y a une notion de secret professionnel, le secret de l'instruction judiciaire il est connu mais peut-être qu'il y a un respect du secret et que nous on a besoin des informations mais peut-être qu'elles n'ont pas toutes à nous parvenir je ne sais pas non plus ... ou c'est un manque de temps ou de disponibilités pour faire un retour d'information ?

BC : dans ce que j'ai pu voir je n'ai pas de notion de secret, enfin ça implique tout le monde en fait le secret que ce soit médical ou autre mais du coup l'échange d'information est permis.

P : mais ça nous permettrait de voir ce qui est fait en pratique pour mieux comprendre le fait de prescrire entre guillemets un RIP, le fait d'avoir un retour ça nous permettrait sans doute de mieux comprendre l'intérêt.

BC : donc là ça aurait une utilité par rapport au signalement où savoir s'il y a une incarcération ce n'est pas notre travail par contre ça aurait un intérêt ?

P : Ouais je pense pour les RIP ça permettrait de mieux comprendre ce à quoi ça permet d'aboutir, quelle est son utilité in fine par rapport à un signalement comme quand vous êtes médecin vous envoyez votre patient à un confrère il vous envoie un compte rendu pour vous expliquer ce qu'il a fait bah ça permet de mieux savoir ce qui existe, ce qui est possible.

BC : ben ça justement j'avais eu cette idée qui était revenue aussi le fait de la question de pourquoi est-ce qu'un médecin est obligé de faire un courrier de consultation, de sortie, de transfert et qu'il n'y a pas ce même principe sur le côté social en fait.

P : bien sur ! Bah ils font un rapport mais qui est transmis à l'administration en fait. Ils ont une obligation aussi mais qui est centralisée dans leur service. Peut-être que au moins au médecin qui demande le RIP oui c'est une bonne idée, c'est peut-être ce qu'ils sont censés faire.

BC : ça je ne sais pas trop, je sais qu'ils ont des dossiers sociaux comme nous des dossiers médicaux après je pense que c'est plus par des rencontres, par les staffs justement qu'ils doivent faire le lien et pas forcément avec des courriers. Bon je pense que l'on n'est pas mal.

Entretien n°5

BC : Alors c'est parti alors du coup pour commencer est ce que tu as en mémoire des situations de RIP ou de signalement durant ta carrière qui ont pu être plus marquantes que les autres ou plus compliquées, qui t'ont marqué ?

P : alors c'est toujours un peu compliqué mais après une situation en particulier non enfin après je n'en n'ai pas vu encore 15 000 du coup je me souviens à peu près des enfants pour qui on a fini par faire, pas forcément moi mais en tout cas l'équipe ici.

BC : et c'est situations là c'était quoi par exemple comme motif de signalement ?

P : c'était ... le dernier que l'on a fait c'était une situation avec des hématomes que l'on n'expliquait pas malgré un bilan poussé à des endroits un peu atypiques, c'était une petite qui n'avait même pas un an et du coup il n'y avait pas d'explications et du coup on a fini par faire...ça je ne sais plus car c'est juste moi qui l'ai accueillie, non on a fait un RIP pour cette situation-là. Après la fois d'avant où moi j'en ai fait un enfin ou j'ai failli en faire un finalement on a fait une situation à l'amiable, c'était pour un diabétique heu où il vomissait depuis 3 jours et la maman ne s'est pas présentée aux urgences parce qu'il a refusé l'enfant, donc à 13 ans il a dit « je ne veux pas aller aux urgences » et la maman l'a écouté et donc ils se sont présentés à ma consult et l'enfant était en acidocétose et du coup là j'ai dit « c'est pas possible de continuer comme ça, c'est mettre en danger, c'est votre rôle de maman de rester ferme et ce n'est pas lui qui décide, vous saviez qu'il fallait venir, vous saviez que c'était important et vous n'êtes pas venu et ça aurait pu mal se passer. Heureusement que l'on avait rendez-vous » et finalement avec l'assistante sociale comme la maman était coopérante, ils sont allés au CDAS et du coup il y a un suivi éducatif qui s'est mis en place parce que l'on sait que parfois ça va plus vite que la procédure parce qu'il faut une enquête, parce qu'il faut tout ça. Du coup il a un suivi éducatif mais finalement on n'a pas fait de RIP. Mais j'en avais parlé dès le début avec l'assistante sociale, elle m'a dit bah ça va aller plus vite donc si la maman suit on garde ça et on savait très bien que s'ils n'adhéraient pas à la démarche et ben on lancerait BC : et oui donc justement les assistantes sociales ce sont des personnes vers qui vous allez vous tourner ?

P : on fait toujours en binôme, on ne fait jamais tout seul le RIP ou le signalement c'est toujours avec l'assistante sociale.

BC : systématiquement quoi ?

P : oui c'est à dire que l'on ne va jamais, enfin jamais, c'est rare qu'on le fasse aux urgences, je pense que c'est assez rare en général on fait l'évaluation sociale et pédiatrique et on se met en commun pour écrire.

BC : et donc elle participe à la rédaction du RIP donc ?

P : oui et donc systématiquement aussi vous vous donnez le temps d'avoir un peu de recul quoi ?

BC : oui en général pour les enfants hospitalisés oui, ben si tu as des bilans à faire par exemple pour la jeune fille avec des hématomes on avait demandé une scintigraphie osseuse et, c'est là où j'ai un doute, je me demande s'ils n'ont pas trouvé une fracture sous-jacente et j'ai un doute si on a fait un RIP, je me demande si ça ne s'est pas terminé en signalement cette histoire. Hématomes inexpliqués plus fracture inexpliquée ça commençait à faire beaucoup et je me demande si finalement ils n'ont pas fait un signalement. Mais oui on est quand même rarement dans l'urgence pour ces situations-là. Sauf si les parents refusent de coopérer là oui bien sûr s'ils ne veulent pas rester hospitalisé, s'ils veulent sortir contre avis ben oui là tu précipites mais ce n'est quand même pas si souvent que ça que c'est compliqué comme ça. En général ils collaborent quand même plutôt bien enfin moi en tout cas de ma petite expérience, je n'ai jamais eu de famille qui a refusé de coopérer. On a toujours le temps d'évaluer pour voir vers quoi...est-ce que l'on est très inquiet ou est-ce qu'avec un soutien soutenu ça pourrait aider les choses ?

BC : et justement la collaboration des familles c'est aussi un élément qui va être important dans la décision ?

P : oui parce qu'on sait qu'avec un RIP les démarches sont plus longues et on ne sait pas combien de temps ça va mettre donc si tu arrives déjà à avoir un suivi régulier... le dernier finalement où on avait fait un signalement, c'était un gamin qui ne grossissait pas à la maison et qui grossissait bien chez nous donc au début la maman elle suivait, elle venait bien aux rendez-vous et puis un moment il est revenu une fois en hospit, deux fois en hospit, et là on s'est dit il y a un problème et on a fini par le signaler. Mais au début il n'y avait pas d'argument pour le signaler parce qu'elle était coopérante et qu'elle faisait ce qu'il fallait.

Donc oui ça aide quand même, finalement tu te dis si tu es vraiment inquiet où qu'il a des choses urgentes là tu peux partir sur un signalement. Si c'est des choses sur lesquelles tu t'interroges ou si tu penses qu'il faut un suivi tu peux partir sur un RIP, après ça dépend des éléments bien sûr, dénutrition... voilà on peut se donner du temps, maltraitance on ne va pas rester jouer.

BC : le caractère urgent fait que ...

P : ça dépend de l'inquiétude finalement, si l'enfant est en danger oui bien sûr on ne va pas perdre de temps.

BC : et donc pour le moment les éléments qui sont assez importants pour trancher donc il y a l'assistante sociale, la coopération des parents. Et ma question c'était est-ce que ça arrive fréquemment d'essayer de ne pas faire de RIP et d'engager directement un suivi éducatif ?

P : avant je n'avais pas cette notion là mais je l'ai fait cet été et pour l'instant ça fonctionne bien parce que l'on sait qu'au niveau du service social un RIP ça peut prendre du temps avant de mettre des choses en route. Enfin ils disent bien voilà il faut l'enquête pour évaluer le milieu et qu'ils rendent eux même leurs conclusions et du coup bah tu peux rester trois mois avec une observation simple alors que si les parents vont d'eux même au CDAS ben dans le mois on peut avoir un suivi qui est mis en place. Si tu as vraiment une famille qui est très coopérante et que t'as pas de ... oui c'est ça ben tu te dis ben ils vont aller, ils vont coopérer ça peut aller assez vite. Ça c'est pour des troubles plutôt éducatifs, des troubles du comportement des choses comme ça, là je pense que ...

BC : oui pour la maman par exemple c'était une réaction inadaptée.

P : oui complètement, là tu dis bon ça a un intérêt de passer à l'amiable après pour d'autre situation je pense que c'est plus compliqué.

BC : oui donc le RIP ça peut avoir un coté lourd et long qui peut parfois être mieux s'il est court-circuité ?

P : c'est ça ! Pour les problèmes éducatifs, pour le reste malheureusement il y a parfois nécessité d'encadrer par voie judiciaire donc on passe quand même par le RIP.

BC : d'accord ça c'est une démarche qui peut se faire aussi alors c'est bien parce que l'on ne m'avait pas trop parlé de ça pour l'instant. Et est-ce que les propos des enfants peuvent avoir un, suivant l'âge bien sûr, peuvent avoir un poids dans prise de décision ?

P : dans la théorie oui. Dans la pratique ça ne m'est pas encore arrivé parce que soit ils étaient trop petits pour que ce soit fiable, soit en fait les faits étaient tellement ... Enfin voilà pour mon enfant diabétique, il pouvait me dire tout ce qu'il voulait, c'était trop grave pour que je dise « on ne fait rien ! » donc oui s'il te rapporte des éléments graves et qu'il est à un âge où c'est fiable oui ça va avoir un impact. Mais c'est qu'en pédiatrie on est souvent limité par l'âge des enfants et les situations compliquées c'est souvent les petits finalement que l'on observe. Ce n'est pas si souvent que ça les grands. C'est moins souvent je trouve, nous tous les derniers là c'étaient des petits.

BC : qui sont peut-être plus vulnérables ?

P : oui avec des familles un peu plus en difficultés visiblement quand ils sont plus grand ils s'autogèrent, peut-être qu'ils sont habitués à la situation je ne sais pas mais en tout cas nous les derniers dont j'ai souvenir que l'on a signalé ce sont des petits.

BC : et à partir de quel âge, souvent on dit 6 ans ?

P : oui c'est ça, c'est vrai qu'avant le primaire, on va écouter ce qu'ils disent hein mais c'est vrai que la fiabilité c'est toujours compliqué, même plus grand hein, entre ce que eux disent, ce qu'ont raconté les parents, c'est toujours difficile de savoir est-ce que c'est vraiment ce qu'ils pensent ou est-ce qu'ils ont été influencés par le parent quand c'est des conflits parentaux. Mais normalement à partir de 6 ans la parole de l'enfant a une valeur, c'est juste compliqué de faire la part des choses.

BC : oui ils peuvent être facilement influencés à cet âge-là.

P : Ben oui, montés contre quelqu'un d'autre...

BC : et est-ce qu'il y a autrement d'autres profession à part les assistantes sociales donc qui sont très présentes et ça, ça revient à tous les entretiens que j'ai fait pour l'instant, est-ce qu'il y a d'autres professions avec lesquelles vous pouvez interagir ?

P : la PMI, plus aussi dans l'évaluation c'est à dire que si c'est une famille qui est déjà connue on voit si eux aussi avaient déjà des inquiétudes et pour nous dire ben là il y a urgence, il y a des réelles inquiétudes, pour voir un petit peu sur quoi on part et du coup moi je ne les connaissais pas très bien mais pour les plus grands parce que la PMI c'est avant 6 ans, pour les plus grand c'est aussi le conseil général pour voir s'ils ont déjà été interpellés pour cette famille. L'école aussi parfois quand c'est des situations psycho-sociales on peut aussi prendre contact avec le médecin scolaire pour voir.

BC : ça arrive souvent que vous le fassiez ?

P : ça arrive, ça n'arrive pas souvent je dirais mais c'est sensé faire partie de l'évaluation globale parce qu'ils sont aussi beaucoup à l'école donc on peut aussi être alerté par cela. On ne le fait probablement pas assez d'ailleurs.

BC : et le médecin traitant c'est quelqu'un que vous pouvez solliciter aussi parfois ?

P : oui ! Par exemple pour les petits, quand ce sont des problèmes par exemple de croissance, d'hématome... On va demander si lui avait déjà repéré les choses parce que ce n'est pas toujours rempli un carnet de santé, surtout pour de choses comme ça ce ne sont pas toujours des choses que l'on note. Ben l'enfant que N. a fini par signaler qui ne grandissait pas très bien ben la maman nous a dit avoir consulté plusieurs fois ben on voulait voir si c'était réel parce qu'il n'y avait rien dans le carnet de santé donc on voulait voir s'il avait été vu, qu'est ce qui avait été préconisé, est-ce qu'elle l'avait suivi ? Donc on a réussi à joindre de la pharmacie pour voir si elle avait été chercher les nutriments qu'on lui avait conseillé et les choses comme ça. Donc oui, oui quand ce sont des familles où on se demande un peu le suivi où l'adhésion à ce que l'on fait aussi on demande au médecin si c'est une famille qui connaît.

BC : et est-ce qu'il y aurait des choses selon toi qui pourraient aider ou être améliorées pour faciliter la prise de décision, faciliter les démarches ?

P : je pense que l'on ne connaît pas assez la PMI et le conseil général. L'année dernière il y avait une interne qui était en semestre partagé avec trois mois aux urgences et trois mois à la PMI et elle nous avait fait un topo sur la PMI et justement les RIP et tout ça et on ne connaît pas assez comment ça fonctionne et peut être que si l'on travaillait plus ensemble et que si on faisait des staffs communs, peut-être qu'il y a des procédures où l'on se poserait moins de question et on les contacte probablement pas assez pour discuter justement avec les gens qui vont gérer les RIP et les signalements derrière. Voilà parfois eux ils auraient aimé qu'on signale et nous on n'a fait qu'un RIP ou inversement. Donc je pense que si on travaillait plus ensemble il y aurait sûrement pas mal de démarches qui seraient simplifiées.

BC : et oui ça devrait devenir un peu plus automatique ?

P : ben oui, probablement oui mais c'est vrai que ce sont des équipes que l'on ne connaît pas forcément, on ne sait pas trop qui contacter parce que l'on ne se connaît pas donc...

BC : et vous ils peuvent vous contacter parfois aussi pour parler ben justement des suites de ces choses-là ? Ça arrive ?

P : ben moi ce n'était pas mes patient donc ce n'est pas moi qui les ait revus mais par exemple l'enfant que... mon patient diabétique, le conseil général m'a appelé pour me dire « voilà on en est là, il y a ça qui bloque ... » donc on essaye d'avancer ensemble.

BC : donc après il y quand même un retour ?

P : sur cette situation-là oui après pour les autres moi je n'étais qu'interne avant et les derniers ce n'est pas moi qui ai fait le ... après je ne sais pas si on a des retours systématiques ?

BC : ben je sais que c'est un truc qui revient assez régulièrement ...

P : mais voilà nous on est tellement de pédiatres que c'est compliqué, parfois il en a un qui est au courant, du coup je ne sais pas, là je ne pourrai pas te dire si on a souvent des retours. Là en l'occurrence c'était une procédure à l'amiable donc le conseil général m'a rappelé mais est ce qu'il m'aurait rappelé si ça se passait bien non je ne suis pas sûr.

BC : ben souvent c'est quelque chose qui revient c'est le fait qu'il n'y ait pas de retour. Alors il y en a pour qui cela pose un problème, d'autres moins.

P : ben quand même quand on prend des décisions on aimerait bien savoir ce que cela donne. D'avoir un peu de retour sur voilà les actions mises en œuvre, quelle était la décision de justice quand il y a un signalement, c'est quand même des choses...ça te donne un retour sur ta démarche en fait. Est-ce que tu avais raison de t'inquiéter est-ce que tu as trop paniqué ?

BC : et ça pourrait permettre aussi peut-être d'améliorer les démarches ?

P : d'affiner oui ! Surement oui. Après nous le retour que nous avait fait l'interne qui avait travaillé à la PMI nous disait que on ne signale jamais trop, ce n'est jamais grave de signaler au pire voilà on a évalué, on s'est inquiété, voilà il n'y avait pas de chose particulières et il n'y aura pas de suite et puis c'est tout. Enfin ce n'est jamais non plus...elle nous avait dit qu'il ne fallait pas trop que l'on se stresse à avoir peur de signaler.

BC : oui elle avait un peu désacralisé ça quoi ?

P : oui en tout cas c'est ce que j'avais retenu, ce n'est jamais voilà on a une inquiétude il faut comprendre ce qui se passe et donc ce n'est jamais grave.

BC : ce qui prime de toute façon c'est de protéger l'enfant.

P : exactement.

BC : et heu donc oui, pas de retour systématique, et du tribunal non plus ça n'arrive pas ?

P : jamais, non en fait je crois que l'on n'en a jamais hormis les enfants pour qui tu fais un signalement judiciaire et tu as une ordonnance de placement donc là on l'a mais si ce n'est pas comme ça on n'en n'a jamais, enfin si ce ne sont pas des enfants qui sont dans le service où on attend une décision de justice on n'a jamais de retour non je ne crois pas.

BC : et la décision à plusieurs médecins c'est systématique ?

P : heu pas tout le temps, non ce n'est pas systématique, souvent il y en a un qui a commencé quand même l'évaluation de la situation et qui commence à se poser des questions et puis un qui est dans le service et qui finit par... Voilà soit c'est évident et puis tu ne te poses pas de question et puis tu le fais, soit si c'est des situations un peu douteuses on a l'avantage d'être nombreux et de pouvoir en discuter ensemble. Mais ce n'est pas obligatoire non. Par exemple l'enfant qui était venu pour des hématomes et à qui on a trouvé une fracture ben on ma collègue qui a pris ma suite ne s'est pas posée de question en fait, moi je l'avais fait hospitaliser ben du coup à mon avis il y avait des démarches j'avais dit on attend la scinti et la scinti a montré une fracture, je crois que ça a été signalement sans trop se poser de question. C'est quand on ne sait pas trop voilà il y a une fracture inexplicquée, on ne sait pas trop s'il faut que l'on se pose des questions alors on en discute en staff.

BC : oui c'est ça au final ils ne passent pas forcément tous au staff quoi ?

P : non, non. C'est assez clair pour tout le monde.

BC : et au final il y a rarement un seul médecin quand même s'il a été vu par le senior aux urgences qui a déjà pu émettre une ... il y a quand même souvent plusieurs médecins dans la boucle ?

P : oui, oui c'est vrai.

BC : alors on avait fait aussi une petite liste pour voir un peu comment les gens, vers quoi tendent les gens dans des situations, alors on sait très bien qu'il faut toujours remettre ça dans le contexte mais dans une situation de négligence plutôt éducative du coup, on avait un peu répondu, tu irais plutôt vers un RIP ou un signalement ?

P : un RIP.

BC : pour les cartes de vie précaire un peu au domicile avec des situations sociales assez compliquées ?

P : plutôt RIP et puis là aussi c'est pareil je pense que l'on travaillerait avec l'assistante sociale et la PMI parce que ce n'est pas forcément, enfin il n'y a pas besoin de judiciariser tout ça si c'est juste un besoin de soutien.

BC : et est-ce que la PMI ça devient un peu plus systématique, plus fréquent de les contacter ?

P : nous on les sollicite beaucoup. Dès que l'on a une situation justement sociale un peu compliquée et maintenant je pense que l'on prend aussi l'habitude, moi je demande systématiquement aux internes de les appeler, c'est à dire que tu fais une fiche d'accord mais dans combien de temps ils vont la lire, dans combien de temps ils vont aller la chercher ? Quand on a vraiment une inquiétude, moi je leur demande vraiment d'appeler et de prendre rendez-vous et d'expliquer la situation justement pour ne pas que cela prenne trois mois avant qu'il y ait un soutien pour cette famille.

BC : Dans une situation d'un syndrome du bébé secoué ?

P : Oh là on signale.

BC : et dans une situation un peu plus dure, on en avait parlé un peu, sur des lésions qui ne sont pas clairement identifiées, des hématomes un peu diffus mais dont on n'a pas vraiment de cause ?

P : Je dirai plutôt signalement.

BC : et pour quelle raison alors du coup ?

P : Pour être sûr que l'on ne rate rien, si tu n'as pas d'explication évidente c'est quand même douteux donc ouais fracture inexpliquée je pense que ce serait plutôt signalement.

BC : on en a parlé également mais la place de l'assistante sociale dans le processus de prise de décision donc c'est important du coup ?

P : systématique, l'assistante sociale d'ici on l'appelle sur toutes les situations, même celle où on n'aboutit pas forcément à un RIP voilà dès que l'on a un problème médico-psycho-social elle est systématiquement appelée.

BC : et c'est une évolution un peu récente ou ça a toujours été le cas ?

P : moi j'ai toujours connu ici. Elle a toujours été très présente, que ce soit elle ou l'assistante sociale de précarité qui se développe un petit peu, on a toujours facilement recours à l'assistante sociale. Elles sont globalement vite disponibles.

BC : et elles peuvent carrément cosigner les signalements ?

P : et bah ça je ne sais pas parce que pour le coup je n'en n'ai jamais signé moi-même mais pour moi oui on l'écrit à deux et je pense qu'elle le signe aussi. Mais voilà j'ai souvent lancé les démarches mais je n'ai pas souvent été là pour la conclusion donc je n'ai pas encore eu l'occasion de signer moi mais pour oui j'aurai dit que oui.

BC : et ça peut arriver de le cosigner à plusieurs médecins aussi ?

P : non en général il y en a un qui le rédige quand même, ça aura été discuté mais c'est souvent celui qui est responsable du service ce jour-là qui, ou qui a été impliqué plus dans la prise en charge de cet enfant qui va signer mais même si la décision a été prise à plusieurs je ne crois pas que l'on signe à plusieurs. Mais parfois par contre il peut y avoir plusieurs signalements pour la même situation à des temps différents et là ça va être plusieurs médecins potentiellement.

BC : et ça vous le recherchez avant de faire une démarche s'il y a eu déjà des RIP ?

P : on ne le cherche pas mais en général c'est des choses qui se, enfin pas forcément s'il y a eu un signalement mais ça c'est l'assistante sociale qui nous le dirait mais ce n'est quand même pas si fréquent qu'ils ne soient pas au courant qu'il y a déjà un contexte ... Soit on le sait soit, je n'ai pas eu l'occasion d'avoir des enfants qui revenaient enfin pour des situations compliquées.

BC : et s'il y a eu une situation avec un RIP ou voire plusieurs dans une fratrie par exemple, c'est argument aussi pour aller plutôt vers une situation judiciaire ?

P : c'est un facteur aggravant oui.

BC : même si, enfin tout dépend des circonstances mais oui ...

P : les problèmes répétés tu te dis que si tu as déjà fait des RIP et qu'il ne se passe rien et que ça attend pour un nouvel enfant ...

BC : et heu je sais que dans un entretien j'avais une personne qui trouvait qu'il y avait une espèce de fossé un peu trop important entre le RIP et le signalement, alors qu'est-ce que tu en penses ? Enfin que le RIP était parfois trop « soft » et que le signalement trop, enfin ça impliquait trop la famille, enfin la sollicitation du système judiciaire etc.

P : non je n'ai pas l'impression. Oui c'est sûr que le signalement c'est plus lourd mais je ne vois pas ce que l'on pourrait avoir comme intermédiaire en fait.

Donc mais oui ça fait souvent peur aux gens de signaler car on a toujours peur d'accuser à torts oui voilà mais en même temps qu'est-ce que l'on pourrait faire entre deux ? Je ne sais pas, je ne vois pas ce que l'on pourrait faire de moins soft et de plus.

BC : bah je sais que l'exemple c'était de faire un RIP et en précisant bien, en mettant une close un peu en précisant que si par exemple l'adhésion des parents n'était pas bonne ...

P : oui mais alors après avec des « si », ça devient compliquer à gérer, tu ne peux pas non plus avoir 15 000 procédures. On a déjà parfois des difficultés à faire suivre ce que l'on veut donc je pense qu'au bout d'un moment... ben on le sent quand même quand les familles ne vont pas adhérer et je pense que tu n'as pas non plus 15 000 alternatives.

BC : oui c'est ça et s'ils n'adhèrent pas du coup ?

P : bah il faut que ça parte de plus haut.

BC : heu les données à la PMI on en avait déjà discuté un petit peu et est-ce que systématiquement vous informez les familles quand vous faites ces démarches-là ?

P : oui, toujours. Je ne me souviens pas de situation où on ne l'ait pas dit. Alors après j'en ai peut-être raté hein mais non ce n'est pas toujours facile mais on le dit toujours. Voilà après selon les situations il faut expliquer aux gens que ce n'est pas quelque chose que l'on fait contre eux mais là la situation est trop floue et qu'il y a des inquiétudes et qu'il faut que l'on comprenne et que le but c'est d'essayer de comprendre ce qui se passe pour protéger l'enfant. En général comme ça je ne me souviens pas de situations où on ne l'a pas dit.

BC : et ça peut être difficile après de reprendre un suivi avec ces enfants-là ?

P : ça peut !

BC : mais habituellement vous arrivez à les garder en consultation ?

P : oui je crois, alors après c'est rarement des enfants que l'on a suivis avant, pas si souvent que ça quand même. Mais je...mon exemple c'est toujours moi qui le suit même si on a parlé de RIP et que la maman ne l'a toujours pas digéré, malgré tout elle n'a pas demandé à changer de médecin et celui de N. qui était son patient avant pour moi c'est toujours elle qui le suit. Mais après ce n'est pas toujours des enfants que l'on a besoin de revoir, enfin ça dépend toujours de ce que c'est, si c'est du psycho-social avec des problèmes éducatifs ce n'est pas de nous qu'ils ont besoin mais c'est de l'éducateur. Un bébé secoué oui il va avoir un suivi neuro mais ce n'est pas forcément le neuro qui l'a signalé non plus. Non je ne crois pas que ça...ça peut effectivement compliquer les relations avec la famille hein mais après je n'ai pas encore assez d'expérience pour cela.

BC : là la maman dont tu parlais elle peut pendant les consultations te faire sentir que ...

P : elle m'en a parlé déjà qu'elle ne l'avait pas digéré, qu'elle s'était sentie jugée mauvaise mère. Mais en reparlant je dis que ce n'est pas du tout ce que je dis, que là elle n'a pas été assez forte pour tenir tête à son garçon alors qu'elle savait qu'elle avait raison de faire ce qu'elle voulait faire et que du coup je sais que ce n'est pas facile de gérer un ado, et un ado diabétique encore moins et que du coup ben parfois il faut du soutien extérieur, surtout que du coup bah voilà elle s'est séparée avec le papa donc elle est toute seule à la maison avec lui. Ce n'est pas du tout un jugement moi je constate juste que là c'est une situation qui a été dangereuse et il faut que l'on évite que ça se reproduise et il faut donc un petit peu de soutien de l'extérieur. Elle entend ce que je dis je pense après elle n'est pas forcément d'accord avec ce que je dis mais voilà. Mais ça va plutôt mieux en ce moment donc on continue mais en tout cas depuis cet épisode-là ça va mieux. On a mis des choses en place, on a mis un passage infirmier, un suivi éducatif avec un peu de décalage mais quand même et bah en ce moment il va bien donc ça a permis de faire certaines choses quand même.

BC : et alors c'est une question qui vaut plus pour les pédiatres avec un peu plus de carrière mais est-ce que au fur et à mesure des situations tu vois une évolution dans la tendance à moins hésiter à faire ces démarches-là ?

P : je pense que c'est possible que l'on se pose moins de questions oui. Tu es plus à l'aise avec les procédures tu sais, je pense que oui.

BC : donc oui le fait d'en avoir fait ça peut aussi lever des freins un peu ?

P : oui je pense, et puis tu prends aussi plus de confiance avec ton jugement, donc oui je pense que c'est plus facile avec le temps.

BC : et là par exemple les premiers dans lesquels tu avais pu être impliqué c'était tout de suite après à la fin de ton internat ?

P : heu oui ça ne fait qu'un an et demi que je suis chef mais oui on en a quand même régulièrement, pas toutes les semaines hein mais.

BC : oui en fréquence dans le service là ?

P : c'est très fluctuant, ben le dernier je pense que c'est le bébé secoué qui est décédé là, c'est le dernier dont je me souviens et on en avait eu un peu de temps après. C'était le semestre dernier c'était Octobre, ça je pense que c'est le dernier je crois, je n'ai pas notion qu'il y en ait eu depuis mais je vois celui-là, je vois le patient de N. et il y en a au moins un autre, ça fait au moins 4 sur l'année mais je pense que j'en oublie.

BC : oui c'est ça il y en a quand même régulièrement. Et les RIP sont plus fréquents quand même que les signalements ?

P : ben sur les 4, le bébé secoué on a signalé, l'autre on a signalé, ça fait 3 signalement sur les 4 dont je me souviens. Après peut-être que j'oublie les RIP hein c'est possible que le s'en souviennent moins que les signalements.

BC : oui ce sont des situations qui sont peut-être un peu moins marquantes quoi. Et donc si on fait un résumé, les choses qui vont de ton point de vue faire orienter la décision, il y a le facteur temps qui est assez important ?

P : ben la gravité des faits, en gros est-ce que l'enfant est en danger immédiatement ou pas ? Et après s'il n'est pas en danger immédiatement, après tout l'environnement, la collaboration des parents...

BC : et le temps ça peut être dans un sens et dans l'autre c'est à dire que le RIP pourrait être shunté pour aller directement vers les démarches sociales et mettre en place directement des choses sans qu'il y ait d'enquête en fait c'est cela c'est shunter l'enquête sociale parce que potentiellement elle est trop longue quoi.

P : oui et parce que l'on sait déjà ce dont on a besoin, ça dépend des situations quand tu sais que ce dont tu as besoin c'est d'un suivi éducatif et ben oui mais là en l'occurrence quand on a fait à l'amiable c'est que les faits n'étaient pas graves. C'est une négligence éducative qui heureusement n'a pas eu de conséquences.

BC : oui derrière ça s'est bien mis en place, et là par contre tu as eu un retour aussi donc c'est ça qui est intéressant.

P : j'ai eu un retour parce que le papa au début n'était pas très coopérant. Je n'ai pas eu un retour parce que c'est moi qui l'ai voulu. Je ne suis pas sûre que j'aurai eu un retour si le papa avait dit oui d'emblée. Après elle voulait aussi des infos donc peut-être qu'elle m'aurait appelé.

BC : et parce que vu que c'est toi qui les a contactés directement tu penses que ça a facilité le fait qui...

P : je n'ai pas contacté le CDAS, j'ai demandé à la maman d'aller au CDAS.

BC : ah oui donc il y a vraiment une grosse adhésion de la famille quoi.

P : disons que s'il n'y avait pas je lançais le RIP, parce que si c'est au CDAS d'intervenir, ça ne marche pas quoi il faut que la maman elle soit volontaire et motivée. Elle savait que s'il n'y avait pas de suite ben j'enverrai le RIP, il était prêt il n'y avait plus qu'à l'envoyer.

BC : ah oui donc c'était sécurisé un peu. ET une autre chose qui pourrait améliorer les choses, ce serait donc oui de faire des staffs un peu communs.

P : peut-être ouais.

BC : la PMI, avec le conseil général...

P : ou de reparler des situations, comme on fait des revues avec les prises en charges qui n'ont été pas optimales et ben peut-être que pour des situations où des prises en charges à notre niveau n'est pas satisfaisante s'ils revenaient vers nous en disant « là vous avez un peu sous-évalué la situation ».

Voilà en débriefant les situations cela nous permettra aussi d'apprendre de nos « erreurs ».

BC : oui donc le retour de choses est quand même un facteur important et qui pourrait potentiellement permettre de faciliter les la prise de décision.

P : après je sais que ça se fait hein on a un staff psycho-social avec une assistante sociale et on a un staff enfance en danger je crois, je ne sais plus comment ils ont appelé ça mais aux urgences tu as une fiche donc soit tu fais une fiche médico-sociale, soit une fiche de liaison PMI et tu peux heu, tu as une fiche staff protection de l'enfance et donc on a un médecin qui a un temps très partiel ici, je ne sais pas combien de journée elle travaille qui revoit ces fiches avec l'assistante sociale et qui lance un petit peu les choses. C'est juste que nous on n'y participe pas donc peut-être qu'il faudrait que l'on ...enfin je ne sais pas.

BC : oui qu'il y ait une synthèse un peu à la fin avec les médecins qui sont intervenu dans la démarche. Bon forcément ça prendrait du temps.

P : oui, oui c'est sûr mais tu vois moi j'en ai fait un il n'y a pas longtemps aux urgences, une demande et c'est vrai que j'aurai bien voulu savoir ce qu'elles en avaient fait quoi. Enfin peut-être que c'est encore en cours hein je ne sais pas.

BC : ça marche, bon ben je crois que ce n'est pas mal, je vérifie si je n'ai pas oublié des questions...est-ce que tu avais des choses en tête autrement ?

P : non, non je suis trop jeune, je n'ai pas encore assez d'expérience dans le domaine.

BC : ben au final tu as déjà eu des situations.

P : oui, oui mais je n'en n'ai pas encore signé quoi.

BC : Ok, non mais c'est intéressant, le facteur temps, parce que je sais que les assistantes sociales d'ici m'en avaient parlé mais en entretien je n'ai pas trop eu cet élément-là.

P : moi c'est une de mes collègues de Quimper qui avait fait ça, parce que je crois qu'elle avait fait un RIP et puis il ne se passait rien et du coup c'est par elle que du coup j'y ai pensé.

BC : d'accord donc ça pourrait être une solution aussi.

P : oui mais je pense que l'on ne connaît pas assez les outils de terrain. Le CDAS on ne sait pas comment cela fonctionne donc on n'y pense pas je pense. Probablement qu'il y a plein de fois où on pourrait dans les situations sociales difficiles déjà contacter le CDAS mais on ne les connaît pas suffisamment.

BC : oui d'avoir une personne comme ça un peu référente à contacter ça pourrait aussi aider un peu les choses quoi ?

P : je ne sais pas si tu as été à Quimper ?

BC : je suis en train de les contacter là.

P : parce que nous ici on s'arrête à 15 ans et à Quimper ils vont jusqu'à 18 donc forcément ils ont beaucoup plus de situation psycho-sociales, ils ont aussi moins de soutien pédopsy et ils sont beaucoup plus habitués à gérer toutes ces situations-là et voilà ils ont probablement beaucoup plus de connaissances du réseau que nous on a. L'équipe de liaison où l'on se repose aussi pas mal pour le psycho-social pur, pas pour les faits de maltraitance où les choses comme ça mais je pense que l'on s'aide beaucoup de notre équipe de liaison.

BC : et du coup les pédopsy c'est aussi des gens qui peuvent être importants et récurrents dans ces démarches-là. Et qui peuvent vous aider à trancher aussi ?

P : parfois ce sont eux qui font.

BC : oui parce qu'ils sont habilités à faire aussi des RIP et des signalements. Oui donc parfois vous transmettez un peu le dossier aux pédopsy.

P : oui et même je me souviens d'un quand j'étais interne où il y avait une suspicion de maltraitance, enfin pas de maltraitance mais d'abus sexuels du papa sur leur gamine. Moi je l'avais vue aux urgences et puis après on avait fait juste un certificat pour que la maman aille à la gendarmerie et après elle a été suivi par la pédopsy de liaison qui a fini par la faire hospitaliser en demandant si ce n'était pas la maman qui essayait de tirer à son partit et finalement ils ont signalé contre la mère.

Parce qu'elle manipulait sa fille enfin ils avaient l'impression et que du coup elle l'exposait à des mots qui n'étaient pas adaptés à son âge, elle lui racontait des choses qui n'étaient pas adaptées à son âge pour aller contre le papa. En fait elle hyper-sexualisait tout ce que faisait le papa de façon inadaptée et donc là c'est la pédopsychiatrie qui avait fait le signalement. Et l'enfant a été placée

BC : et justement dans les situations de conflit inter parental ça arrive fréquemment de faire des RIP ou des signalements ?

P : ça peut arriver mais on est très, très prudent car on sait qu'il y a énormément de choses qui se jouent et beaucoup de manipulation donc ce sont les situations les plus difficiles parce que souvent voilà on a très peu d'éléments et donc c'est souvent plus la justice qui tranche dans ces cas-là. Mais je ne crois pas que l'on fasse beaucoup de, je ne me souviens pas que l'on a fait beaucoup de signalement dans les conflits comme ça. On atteste des choses rapportées et après c'est le juge qui décide ce n'est pas nous.

BC : oui c'est lui qui a la compétence de jugement et pas.

P : oui ce ne sont que des faits rapportés donc on leur dit souvent qu'on n'a pas de pouvoir là-dessus hormis si tu as des faits. Mais c'est souvent tellement compliqué.

BC : Ok ça marche bon bah je pense qu'on a fait le tour.

Entretien n°6

BC : donc du coup, est-ce que vous dans votre carrière il y a des situations de maltraitance ou de négligence qui vous ont particulièrement marqués, qui vous ont particulièrement posés problème.

P : Oui, oui, oui, tu veux que la raconte ?

BC : ben...

P : alors heu j'étais chef de clinique donc j'étais relativement jeune dans un service de CHU à Lille et on a eu un enfant de 2 ans et demi 3 ans qui venait parce qu'il ne mangeait que des liquides ou semi-liquide, ne mangeait pas de solides donc c'était un service de spécialité notamment de gastro-pédiatrie où on avait fait beaucoup d'examens, beaucoup d'explorations, on avait rien trouvé, il avait été hospitalisé plusieurs fois. La maman l'emmenait régulièrement parce qu'il avait ses épisodes de vomissements et bon heu ensuite on n'avait pas fait de diagnostic. Et puis moi ensuite je suis arrivé ici et j'ai eu des nouvelles, deux, trois ans plus tard, la maman qui avait gardé mes coordonnées ou elle avait retrouvé mes coordonnées qui m'avait envoyé une longue lettre en disant qu'en fait durant toute cette période-là, cet enfant était régulièrement violé par son papa. Donc ça a duré probablement des années et donc les symptômes d'appel c'était ça le refus alimentaire et c'était d'autant plus compliqué que c'était une famille extrêmement, pas du tout telle qu'on l'imaginait à l'époque, maintenant je pense que l'on a beaucoup évolué aussi mais une famille « bien sous tous rapports ». Le père était officier supérieur dans l'armée etc. donc c'était une hypothèse que l'on n'avait même pas évoquée en fait, donc ça m'avait énormément troublé parce que l'on n'avait pas été bon quoi. Et après ben-là qui me viennent comme ça j'en ai deux autres, une fois ici à Quimper un papa qui abusait de ses deux filles avec, des petites hein 3 et 5 ans, avec l'accord tacite de la maman qui nous avait dit que « en fait mon mari a de tels besoins sexuels que je ne peux pas y arriver toute seule donc j'envoie mes filles » donc là c'est pareil ça m'avait beaucoup bouleversé et puis une 3^e un papa qui était venu, alors là de lui-même aux urgences avec son bébé qui devait avoir 3-4 mois à qui il avait donné une grosse claque et elle avait une embarrure avec un hématome extradural et il avait dit « je ne sais pas ce qu'il m'a pris, ma femme était partie, elle pleurait, elle pleurait, je n'ai pas réussi à la calmer et je lui ai donné une claque pour la calmer » et il lui a cassé la tête. Voilà ce sont trois, enfin après il y en a sans doute d'autres mais là c'est ça qui me vient en tête et après là actuellement on a de plus en plus de situations qui je pense seraient passées, on serait passé complètement à côté il y a quelques années, des enfants soumis des violences psychologiques notamment dans le cadre de conflits parentaux majeurs. J'en ai encore vu un ce matin, voilà c'est plus difficile mais je pense que l'on est mieux armé maintenant qu'au début de ma formation.

BC : d'accord et par quoi alors vous êtes mieux armé ?

P : ben parce que toutes ces situations d'échec et de loupé m'ont fait remettre en question. Pendant longtemps je pense que l'on a considéré que la maltraitance n'était pas vraiment de la pédiatrie et que ça relevait plus du social. Moi j'ai été élevé au sens professionnel du terme, avec une formation classique et après au CHU ou c'était plutôt de la surspécialité d'organe on va dire hein. Moi j'ai fait un clinicat en onco-hémato, je me suis beaucoup occupé de muco, il y a des choses voilà bien techniques, où il y a une grosse part d'humain mais ce côté maltraitance, je n'ai pas été formé du tout là-dessus. Si ! Le syndrome de Silvermann, donc ça reste un truc, donc c'était le seul cours que l'on avait, donc c'est quand même une description radiologique et qui sont finalement assez rares. Et puis bah petit à petit en voyant des situations comme ça je me suis un peu plus intéressé, je me suis formé hein maintenant il y a des formations aussi là-dessus. Et puis il y a des lois de protection de l'enfance qui ont émergées en... alors si je ne dis pas de bêtise il y a 2003 après il y a 2012 et une en 2016.

BC : heu il y a une en 2007 c'était avec les CRIP et tout ça.

P : voilà ben donc tout ça il y a aussi toute la société qui a aussi mieux pris en compte ces dimensions-là et puis maintenant moi je considère que c'est une part importante de notre travail. C'est de la pédiatrie, à mon époque ce que l'on nommait la pédiatrie sociale c'était un peu déconsidéré quoi et moi je considère maintenant, mais déjà depuis quelques années que c'est une part essentielle de notre travail. Et oui pardon il y avait une autre situation qui m'avait beaucoup interpellé, ça ne faisait pas longtemps que j'étais là, ça fait 20ans que je suis là donc c'était peut-être il y a entre 15 et 20 ans donc il y avait beaucoup de morts subites à l'époque, ce que l'on appelait des morts subites, et des parents qui viennent avec...je crois que c'était la 3^e mort subite dans la fratrie et heu les deux premières on avait dit bah mort subite inexpliquée. Le 3^e on fait l'autopsie il y avait un gros hématome sous-dural avec voilà et des lésions traumatiques non-accidentelle comme on dit. Et le père a dit « ben oui c'est moi qui l'ai tapé » donc on s'est dit, ben il a fallu le 3^e décès pour que l'on mette, que l'on fasse un diagnostic quoi. Donc voilà c'est vrai que pendant longtemps on n'a pas été bons du tout, maintenant on essaye de s'améliorer.

BC : et là du coup les situations dont vous m'avez parlé, vous avez su les suites après ?

P : les suites judiciaires ? Non ! Ben c'est un des problèmes hein. Enfin un des problèmes, je ne dis pas qu'il faille que l'on sache tout mais c'est vrai que quand on a un patient qui a, je ne sais pas quoi moi une pathologie grave, en général on aime bien être tenu au courant. Et là dans ce cadre-là on n'est jamais tenu au courant donc c'est un peu frustrant.

BC : oui c'est un truc qui revient souvent dans les entretiens que j'ai pu faire ça oui. Que ce soit du judiciaire ou du social vous n'avez jamais ou quasiment jamais de retour ?

P : alors maintenant quand on fait un RIP on a un petit mot qui est le même pour toutes les situations c'est à dire « nous avons bien pris en compte votre information préoccupante, nous vous en remercions et puis une suite sera donnée » mais c'est tout c'est un accusé de réception plutôt. Et dans le pénal on n'a jamais de suites.

BC : et ça vous pensez que ça pourrait aider à encore à améliorer les pratiques ? D'avoir des retours sur les choses qui ont pu être faites dans les services ?

P : je ne suis pas sûr, je ne sais pas, je pense qu'il faut un travail un peu en amont de ça et c'est ce que l'on essaye de faire ici, c'est heu d'avoir des réunions avec le conseil départemental. On les connaît, on les rencontre régulièrement, deux fois dans l'année à peu près, pas pour des situations précises mais pour échanger sur nos pratiques et puis nos difficultés les uns et les autres et puis il y a une unité médico-judiciaire ici à Quimper donc on a une réunion une fois par an avec les représentants du parquet, en général il y a le procureur et le substitut aux mineurs, les gens de la gendarmerie et de la police. Voilà donc il y a des rencontres. Je pense que ça déjà ce n'est pas mal de se rencontrer et de définir un...bien refixer le rôle de chacun, parce que finalement au départ c'est pas forcément évident de comprendre pourquoi un procureur il prend telle décision ou telle autre quand on lui envoie un signalement etc. Donc je pense que c'est un préalable après que l'on ait un retour, sans doute que ce serait bien mais est-ce que c'est juste pour nous faire plaisir à nous ? Pour satisfaire une certaine curiosité ou est-ce que ça un intérêt pour l'enfant ?

Je pense qu'il faudrait s'interroger là-dessus. Je ne suis pas certain que pour l'enfant ce soit nécessaire. Là par exemple, là c'est vraiment tout frais, je viens de faire juste avant que tu arrives une expertise pour une enfant dans le cadre de l'UMJ parce que son père la tape avec une ceinture et un martinet. Elle est suivie par ailleurs par une autre de mes collègues pour des troubles digestifs mineurs, est-ce que c'est utile qu'elle le sache que je l'ai vue en UMJ, je ne sais pas. Je pense que je vais lui dire quand même, mais voilà, je ne sais pas si ça sert l'enfant vraiment, je n'en sais rien, je n'ai pas d'avis trop tranché.

BC : d'accord, parce que admettons à posteriori, est-ce que si c'était, par exemple un RIP était fait et qu'au final la situation s'était avérée être plus grave et qu'un placement avait été nécessaire, est-ce que ça ne servirait pas d'avoir des retours pour ces choses-là pour peut-être, je ne sais pas, modifier les pratiques ou peut-être...pas s'interroger là-dessus parce que ce sont des choses sur lesquelles on réfléchit mais ça ne rendrait pas les choses moins compliquées pour les pédiatres qui auraient moins l'habitude d'en faire ?

P : je ne sais pas, honnêtement je ne sais pas, je pense qu'il ne faut pas se placer de notre point de vue mais toujours remettre l'enfant au centre. Est-ce que ça sert l'intérêt de l'enfant ? Quand je dis je ne sais pas c'est vrai que je ne sais pas. Je n'ai pas avis très tranché là-dessus, je ne suis pas sûr que ce soit un point essentiel parce que je pense aussi dans la tête des pédiatres, de certains, peut-être dans la mienne, ça sous-entend que j'ai un peu un droit de regard sur ce que fait le conseil départemental et moi j'ai ma petite opinion sur ce qu'ils devraient faire or je ne suis pas sûr que mon opinion soit si pertinente que ça.

BC : oui chacun a son rôle assigné quoi.

P : ben voilà, je ne suis pas assistante sociale, je ne suis pas éducateur et dès fois il y a des décisions qui sont prises par l'ASE qui me choquent ou avec lesquelles je ne suis pas d'accord mais finalement quelle est ma légitimité moi à juger que la décision n'est pas la bonne ? Tu vois ce que je veux dire ? Moi je pense que dans ces situations-là, on a quand même un gros risque heu nous en tant que pédiatre de vouloir assumer une certaine toute puissance. Moi parce que je suis pédiatre je sais ce qui est bon pour l'enfant. En fait je ne suis pas le seul professionnel qui sait ce qui est bon pour un enfant. Donc il faut faire gaffe à mon avis de vouloir être totalisant. C'est comme, moi je n'irai pas dire à un onco-pédiatre « non, non ce n'est pas cette chimio là qu'il faut faire c'est telle autre » ça personne ne remet ça en question. Par contre avec l'aide sociale à l'enfance on a tendance nous à être condescendants en disant « vous faites que des conneries, vous ne savez pas ce qui... », et en fait pour avoir côtoyé des éducateurs, des responsables ASE etc. ou le procureur, je me dis qu'en fait leur rôle n'est pas si simple que ça et les solutions un peu toutes prêtes, prêtes à penser je pense que c'est à chaque fois un peu du sur mesure. Alors que nous on n'a pas toujours les éléments pour juger, notamment on ne va pas à domicile nous hein, on ne connaît pas l'entourage familial un peu élargis, on ne connaît pas les personnes ressources donc chacun doit faire son job.

BC : et est-ce que vous voyez des éléments qui vous spontanément vous aident quand vous êtes dans des situations où vous pouvez être hésitant entre un RIP et un signalement ?

P : Maintenant c'est assez clair, en général, alors nous on a quand même le confort d'être à l'hôpital, c'est à dire que l'on a quand même la possibilité de mettre l'enfant en protection en l'hospitalisant, donc à partir de là on est moins dans l'urgence. En fait dans la plupart des cas on fait des RIP sauf quand le danger est imminent et que l'on ne peut pas protéger l'enfant à ce moment-là on fait un signalement direct au procureur, ce qui nous arrive hein. Mais le plus souvent on passe, d'ailleurs c'est un peu l'esprit de la loi à l'heure actuelle hein c'est plutôt passer par l'autorité administrative avec d'avoir recours à l'autorité judiciaire.

BC : en fait c'est soit vous avez une situation très franche et là c'est évident soit dans ces cas-là c'est un RIP.

P : ben par exemple si tu as une mort suspecte bon bah là c'est le procureur hein, ou si vraiment il y a un traumatisme qui nécessite des investigations urgentes, par exemple un viol là on va faire intervenir le procureur pour qu'il puisse y avoir des prélèvements etc. Finalement ce ne sont pas les situations les plus fréquentes. Donc, je pense que là on est assez clairs. On a suffisamment travaillé dans le service avec notamment l'assistante sociale etc.

Pour bien différencier les deux et on ne se précipite pas toute de suite à l'autorité judiciaire.

BC : d'accord, et les assistantes sociales ce sont des professions avec qui vous êtes en contact régulièrement ?

P : Tous les jours, ah oui.

BC : et qui peuvent être importantes dans la prise de décision ?

P : bah là encore, dans l'idée de se méfier de l'idée de la toute puissance et de la maîtrise, c'est important d'échanger hein en général les parents on les reçoit à deux, souvent le pédiatre et l'assistante sociale, éventuellement le cadre de santé ou une infirmière, que l'on ait chacun un peu notre ressentis et que l'on puisse échanger. C'est une prise en charge pluridisciplinaire, je ne sais pas si tu as lu dans les dernières archives de pédiatrie il y a tout un article là-dessus où ils disent qu'en fait c'est une pathologie chronique la maltraitance. Donc pathologie chronique complexe ça nécessite une concertation pluridisciplinaire, comme un cancer comme voilà. Je pense que quand on aura mis ça dans nos têtes et intégré dans nos pratiques, on sera moins dans l'exceptionnel, on sera moins nous inquiets à l'idée de faire un RIP ou un signalement et puis on partage nos responsabilités.

BC : donc oui toutes ces démarches-là seraient facilités par de la formation plutôt en amont alors ? Qui manque encore maintenant même actuellement ?

P : ben je ne suis pas heu, tu sais ça mieux que moi, ce n'est pas moi qui fait les programmes de formation initiale mais je pense qu'il n'y a pas grand-chose. Donc ben après il y a la formation continue. Je pense qu'actuellement les mieux formés en formation initiales ce sont les puéricultrices. Elles ont un module là-dessus et puis elles font des stages en PMI et tout ça.

Mais sinon dans les études de médecine ou dans les études d'infirmiers classiques, il n'y a pas grand-chose hein. Alors que là les derniers chiffres que j'ai lu, ce serait 10% des enfants, qui seraient soumis à une certaine forme de maltraitance donc ce serait énorme. Et après moi je crois beaucoup à des formations interdisciplinaires c'est à dire une formation avec des médecins, des infirmières, des sociaux, des gendarmes, des flics, des procureurs, des juges, je pense que l'on y viendra parce que c'est vachement important de comprendre. C'est quand même complexe hein, l'organisation est quand même complexe hein, encore plus complexe dans le Finistère puisqu'il n'y a pas une CRIP, c'est délocalisé en 18 territoires d'action sociale donc vas-t-en expliquer ça à un médecin généraliste qui va faire un RIP une fois tous les 10 ans, enfin ils pourraient en faire sans doute plus mais c'est compliqué. Il faudrait que ce soit plus lisible.

BC : donc oui ça pour améliorer à l'avenir ce serait vraiment de lisser un peu le réseau de personnes...

P : ça et puis faire des formations comme il y a des formations, des EPU sur la prise en charge de la gastro heu la prise en charge de la bronchiolite, on pourrait très bien faire des EPU sur la prise en charge de l'enfant en situation de danger.

BC : et oui donc ça, ça reste encore un peu pour vous au second plan ?

P : ah ben il n'y a rien pour l'instant, il faudrait vraiment le mettre en place, si ta thèse peut y aider ce serait bien.

BC : ça je ne sais pas.

P : non parce que clairement on va dire que tu es un peu l'exception quand même, que quelqu'un, futur médecin qui s'intéresse à la protection de l'enfance, ça ne court pas les rues quoi.

BC : c'est aussi ça qui était intéressant dans ce sujet-là.

P : oui bien sûr.

BC : oui après c'est que ça commence un peu, peut-être, enfin il y a différentes lois qui ont été votées récemment, on nous en parle un peu durant notre formation mais ce n'est pas très marqué. Après pendant l'internat de pédiatrie je ne sais pas s'il y a des DES ou des choses comme ça ?

P : je ne sais pas, ben nous je ne peux pas trop te dire parce que nous les internes de pédiatrie que l'on a sont souvent en premier ou en deuxième semestre donc commencent. Moi je n'ai pas entendu dire qu'il y avait des cours là-dessus. Après ça devrait hein dans le cursus d'un pédiatre ça devrait être obligatoire. Surtout qu'ici dans la région il y a quand même des personnes ressources importantes hein.

L'équipe de Nantes et l'équipe de Rennes ont beaucoup travaillé là-dessus quand même. Nous on a fait venir il y a quelques temps, il y a peut-être 18 mois le docteur B., M. B. qui est à Rennes, qui nous a fait une journée de formation sur la maltraitance et elle aurait pu faire 3 jours. Enfin elle a fait une journée pleine quoi, 8H-18H, mais c'était intéressant.

BC : et donc ici à Quimper, c'est quelque chose dont on n'avait pas parlé avant, j'ai l'impression qu'il y a une articulation qui fonctionne un peu mieux avec le milieu judiciaire ?

P : ben oui, oui, alors je ne sais pas comment c'est à Brest.

BC : ben l'impression que j'ai pour l'instant c'est que ça reste un peu chacun son secteur et sans trop de communication quoi.

P : ben tu vois ce que c'est une UMJ hein ? Donc les enfants sont auditionnés par les gendarmes ou les policiers au sein de l'hôpital où ils sont filmés derrière une glace sans tain, donc ça leur évite de répéter leur déposition et quand il y a besoin, hop ils montent dans le service et alors tous les pédiatres ne le font pas, en gros on est trois à être formé puis à bien vouloir accepter de faire ces examens, à examiner l'enfant et à la faveur de la réquisition et puis on rend un rapport quoi.

BC : mais ça du coup ça intervient après le signalement par exemple ?

P : oui alors ça c'est, là par exemple en l'occurrence ce n'est pas nous qui avons fait le signalement, c'est la maman qui a porté plainte à la gendarmerie en disant « voilà mon ex-conjoint, enfin mon enfant rapporte que son papa lui donne des coups de martinet etc. » voilà, donc l'enquête est en cours.

BC : oui donc on est déjà dans la machine judiciaire.

P : oui.

BC : et est-ce que justement avant de prendre les décisions, facilement vous avez un contact avec la PMI, le médecin traitant, les autres médecins ou les autres ...

P : avant de faire un RIP ? Ben oui alors c'est là où notre assistante sociale elle fait un sacré boulot car elle s'occupe de ces contacts-là. Alors non le médecin traitant c'est nous mais le lien avec la PMI avec heu ... parce que parfois, relativement souvent ce sont des familles qui sont suivies hein donc ils sont connus par le territoire d'action sociale, il y a déjà un lien qui est fait.

BC : et le fait de répéter des RIP, au bout d'un moment vous avez tendance à plutôt, à un moment si les choses, on voit que ça ne s'améliore pas du tout à transmettre ça au procureur ?

P : non. Non, d'ailleurs il y a plusieurs enfant ou fratrie qui ont déjà eu un RIP par l'école par exemple et qui sont déjà pris en charge et nous, on fait un deuxième RIP pour confirmer que l'on est inquiets. Après la même chose c'est à dire que l'on ne saisira le procureur que s'il y a un danger imminent ou voilà mais parce que en fait le conseil départemental peut saisir le procureur. S'il voit qu'ils ne peuvent pas travailler avec la famille et ben à ce moment-là ils saisissent le procureur donc on discute avec eux et on voit où on en est.

BC : et des parents qui refuseraient par exemple toute aide ? Parce que en théorie sur le versant social il n'y a pas d'injonction à ce que les parents aient une aide, est-ce que ça vous fait aller pareil vers le signalement, vers le milieu judiciaire ?

P : non je ne pense pas non. Non à ce moment-là c'est le conseil départemental qui fait son job. Après en général après il faut voir les cas bien sûr particuliers.

BC : oui en fait c'est ça, pour vous tout ce qui n'est pas une urgence vitale ou une nécessité de protection urgente est un RIP.

P : oui, alors, sauf si tu as un avis différent mais c'est l'esprit de la loi hein. En fait le procureur il va, sinon si ce n'est pas un truc urgent le procureur il va retransmettre au conseil départemental. Moi je pense qu'il est toujours préférable d'essayer de travailler avec l'accord des parents et de familles, c'est quand même mieux. Si tu leur mets le procureur au cul en général t'es, c'est plus compliqué. Moi j'ai déjà des gens qui m'ont dit « je vais porter plainte contre le procureur » bon on peut toujours essayer mais c'est compliqué. C'est à dire que quand la personne n'a plus confiance ni dans la justice ni dans la protection de l'enfance ni dans les soignants ben c'est là où la situation est un peu bloquée quoi. Donc il vaut mieux éviter d'arriver dans cette situation bloquée.

BC : donc pour vous le RIP ça permet aussi de préserver l'alliance avec les parents ?

P : ben en partie, en même temps je ne me défais pas hein, nous notre rôle c'est de, alors quand on fait un RIP on reçoit les parents et on leur explique que l'on fait un RIP. On ne fait pas de trucs dans leur dos. Donc moi ma conviction et en général c'est souvent vrai, c'est que les parents qui sont maltraitants ou les enfants en danger ou en risque de danger c'est pas des parents qui sont foncièrement mauvais, ce sont des parents qui sont en difficultés. Donc à partir du moment où on présente le RIP pour essayer de trouver une solution avec eux pour les aider, ça passe mieux. Ça fait pas d'eux des délinquants d'emblée, bon les situations dont je t'ai parlé, là c'était du judiciaire, c'était du crime mais c'est ce ne sont pas les situations les plus fréquentes.

BC : oui le plus souvent c'est de la négligence ?

P : de la négligence, des parents qui ne savent pas faire, qui essaient de faire de leur mieux mais ils n'y arrivent pas et donc heu ça ces situations sont beaucoup, beaucoup vraiment à mon avis, beaucoup plus fréquentes.

BC : donc oui, en résumant les choses, vous vous avez une démarche assez claire de favoriser plus le lien avec les parents et du coup tant que ce n'est pas nécessaire de plutôt éviter le procureur et de régler ça avec les systèmes sociaux. Ce qui va vous faire trancher d'un côté, ce sont les lésions graves et pour vous la formation et les formations interdisciplinaires seraient primordiales.

P : ah ben oui ! Enfin moi j'ai goûté entre guillemets dans un cadre sur une formation sur les adolescents difficiles, c'est riche de pouvoir échanger avec un éducateur de le PJJ, avec un éducateur du conseil départemental, avec un surveillant de prison, avec un psychologue qui travaille dans d'autres domaines.

Parce que, en fait souvent dans une situation compliquée on a tendance à penser que nous on fait très bien et que les autres font vraiment n'importe quoi et en fait quand tu rencontres les autres professionnels, tu te rends compte aussi de leurs problématiques et de leurs difficultés et tu peux partager et ça permet d'avoir ce que l'on appelle une culture commune à minima quoi. Donc oui ce serait absolument indispensable mais ça demande du temps, ça demande de l'organisation, ça demande des sous parce que ben quand on est en formation ben on n'est pas au boulot. Donc tu vois là le conseil départemental refait un projet de service entre 2017 et 2022 sur la protection de l'enfance, et je me suis invité mais c'est trois après-midi entre Février et Mars. Je ne sais pas si je vais pouvoir y aller et je leur ai dit invitez moi mais en fait mes consultations elles sont pleines jusqu'à je ne sais pas quand donc en fait ça demanderai du temps dédié pour ça et je pense que si c'est reconnu comme un problème de santé publique majeur, là les autorités elles commencent à prendre en compte hein notamment hier j'ai lu un truc comme quoi madame la ministre là va lancer un grand plan en Mars. Bon comme elle est en poste jusqu'au mois de Mai je ne sais pas si ça va avancer mais voilà on a l'impression quand même que ça bouge au niveau des plus hautes instances et après si c'est reconnu comme ça, peut-être que l'on va nous donner plus de moyens parce que là en fait c'est à dire qu'on le fait en plus de tout le reste quoi. Le certificat d'UMJ que j'ai fait ça me prend une heure, je n'ai pas encore rédigé mon certificat et, bon celui-ci va aller assez vite parce qu'il n'y a pas de lésions mais c'est au détriment du reste du boulot. Ce matin, on a reçu une maman qui a quitté le domicile conjugal parce qu'elle était soumise à des violences conjugales, elle a laissé ses enfants à la maison et elle est venue discuter avec moi et l'assistante sociale pour savoir comment s'y prendre, comment faire, ça nous a pris une heure et demie, c'est une heure et demie où je ne fais pas autre chose quoi. Si on avait un temps dédié à la protection de l'enfance au sein de l'hôpital parce que l'on considère qu'un pédiatre il a son rôle à jouer là-dedans, ce serait bien.

BC : oui c'est ça donc pour vous pour améliorer, affiner encore les choses il faudrait aussi plus de considération et plus d'investissement ?

P : ben c'est à dire que considérer que ce n'est pas un problème simple, qui ne relève pas juste que de la police ou que de la gendarmerie ou que de la protection de l'enfance ou que du soin mais c'est un truc où il faut, voilà, c'est exactement comme, enfin moi ça fait maintenant un moment que je suis dans les hôpitaux.

Pendant longtemps la muco, tout le monde faisait un peu de muco et puis on s'est dit non c'est pas possible il faut organiser ça, filière de soin, les CRCM, tu vois ce que c'est hein centre de ressources ... donc et puis dans ces centres il ne faut pas qu'il n'y ait que des médecins il faut qu'il y ait des infirmières, des assistantes sociales, des psychologues, des kinés. On a fait remonter cette info là au ministère et ils ont débloqué des sous et maintenant la filière est organisée. Les gens qui s'occupent de muco ils ont vraiment du temps dédié. Voilà il faudrait exactement faire une sorte de...c'est comme alors de façon encore plus ancienne, avant un cancer alors moi je n'ai pas connu cette époque-là mais dans les années 50 un cancer il était au milieu de la pédiatrie puis on disait « on ben je ne sais pas ce que l'on fait on va faire un peu de ci... », et après on a organisé ça, filiarisé ça, formé des gens et depuis les années, je ne sais pas moi 70 un cancer de l'enfant il est pris en charge dans une filière de soin bien cadrée. Il faudrait arriver à faire la même chose pour la protection de l'enfance, mais on n'en n'est qu'au début hein.

BC : et vous dans votre carrière, vous avez vu évoluer votre manière de faire ? D'aller plus vers des RIP, plus vers des signalements ?

P : ah bah oui, ben moi quand j'ai commencé les RIP n'existaient pas, il n'y avait que des signalements et les signalements honnêtement je n'ai pas vu beaucoup de pédiatre en faire quand j'étais interne, c'était un truc un peu tabou. En fait là, je pense que nous même, surtout quand on est jeune, on a une réticence envers la maltraitance parce que l'on se dit « non ce n'est pas possible », notamment les maltraitements sexuelles, tu te dis « non ce n'est pas possible qu'un père viole sa fille de 5 ans quoi » tu ne veux pas le voir, ou si tu l'entraperçois, ça te met tellement mal que tu préfères l'éluder. Donc déjà il faut faire un travail sur soi et ce travail sur soi c'est compliqué à mon avis de le faire à 25 ou à 30 ans, il faut que tu aies des aînés, des gens de mon âge qui en ont vu d'autre et qui te disent « bah s'il faut que tu ouvres les yeux là-dessus » et tu vois, mais c'est vrai dans beaucoup de domaines, moi la première fois que j'ai dû prendre en charge une fille anorexique mentale, j'ai dit « je ne vais jamais y arriver » tu vois c'est inconcevable. Ça fait partie des trucs qui nous choquent en tant qu'être humain, du coup si on veut bien les soigner il faut être épaulé, il faut être secondé. Et puis après il y a des tas de truc, je pense que voilà nous on est quand même protégé par l'institution hospitalière c'est à dire que je peux taper à la porte du collègue mais pour des médecins, je ne sais pas à qui s'adresse ta thèse mais peut-être tu as des libéraux aussi, je pense que c'est encore plus dur pour eux, parce qu'ils sont tous seuls dans leur cabinet et qui disent « si je me plante, quelle conséquence pour moi, pour le gamin ». Nous c'est plus confortable. Et puis moi je n'ai pas une clientèle à défendre, tu vois un médecin généraliste dans un, je ne sais pas n'importe où, il fait un RIP, très vite les gens le savent hein, c'est le toubib qui a fait un RIP, c'est le toubib qui va confier l'enfant à l'aide sociale à l'enfance, c'est dur à assumer hein comme statut. Donc là aussi il faudrait, c'est un mouvement de la société dans son ensemble, pendant très longtemps ce qui se passait à la maison ça regardait les parents point barre. Les lois de protection de l'enfance ce n'est pas très vieux hein, moi quand j'étais gamin, pas dans ma famille, j'avais copains à l'école, leur père ils revenaient le lundi matin il disaient « j'ai pris une bonne raclée avec mon père avec des coups de ceinture » personne ne trouvait trop ... moi je me disais heureusement que mon père ne me donne pas de coup de ceinture mais c'était admis. Personne ne tiquait trop. Voilà donc il faut que la société se civilise quoi, progressivement et ça demande du temps hein. Moi à mon époque par contre les fessées, j'ai reçu des fessées mais maintenant je pense qu'il y a d'autre manière d'éduquer les enfants. Tu vois il y a une gradation. Et puis tu vas dans pleins de pays, taper un enfant, même éventuellement le battre à mort ce n'est pas si choquant que ça. Donc c'est un chemin.

BC : en fait c'est ça, pour vous, pour conclure un peu, les démarches en elles même d'initier un RIP ou un signalement c'est assez clair, et c'est derrière plutôt que le travail pourrait encore mieux s'articuler si on...

P : et puis peut-être affiner les choses, bon clairement un viol, un enfant frappé avec des coups tout ça, tout le monde est d'accord pour dire que c'est une maltraitance, après je pense que l'on a, moi j'ai pris conscience il n'y a pas si longtemps que ça que des enfants soumis à des violences conjugales c'est une forme de maltraitance.

On m'aurait dit ça il y a 10 ans, ça ne m'aurait pas rien dit mais ça ne m'aurait pas parlé. En fait on voit quand même beaucoup d'enfant en consultation qui viennent parce qu'ils ont des scolaires, parce qu'ils font des cauchemars et puis quand tu creuses un peu tu vois qu'ils sont dans des ambiances, pas une ambiance d'une enguelade une fois de temps en temps ce qui est normal mais d'un conflit parental majeur, une tension etc. Et tout ça c'est de la maltraitance. Donc là encore ça ouvre beaucoup de choses, après où est la limite ?

BC : et justement le fait de travailler avec d'autres disciplines ça permet de moins se poser la question de la limite.

P : voilà, exactement ! Et puis s'appuyer sur le droit. Par exemple est-ce que l'on peut considérer qu'il peut y avoir des différences culturelles dans le mode d'éducation de l'enfant ? Ça c'est une question que je me suis souvent posée. Il y a des cultures, là encore ce n'est pas une généralité mais par exemple parfois hein ce ne sont pas des généralités c'est parfois, des parents antillais par exemple, des coups de savate même des coups de bâtons ça fait, voilà c'est un peu plus admis dans leur culture mais est-ce qu'il faut qu'on l'accepte ici en métropole et ben il y a une vraie discussion. C'est à dire qu'il faudrait presque que l'on soit aidé par des anthropologues, des sociologues tu vois. Sans doute qu'il faut arriver à faire prendre conscience à ces gens-là qu'il y a une autre façon d'élever les enfants. Tu vois dès fois on est un peu à la limite. Est-ce que je suis encore légitime dans mon rôle de pédiatre ? Parce qu'à l'inverse c'est aussi des pays où l'on s'embrasse beaucoup... voilà, tu vois mais je n'ai pas de réponse, la question se pose.

BC : oui, il y a aussi des techniques de médecine chinoise aussi qui laissent pas mal de marques sur la peau.

P : oui, où l'on met du chaud voir très chaud, mais après voilà ça va loin, alors je ne sais pas si tu as suivi ça aussi mais il y a eu des gens qui se sont posé la question est-ce que la circoncision c'est une atteinte à l'intégrité corporelle de l'enfant, est-ce que ça peut être considéré comme une maltraitance.

BC : j'avais lu des trucs sur l'excision aussi.

P : ben voilà ! Alors pourquoi est-ce que l'on accepte la circoncision et pas l'excision ? Donc tout ça pose des questions culturelles aussi pas simples. Et il y a des choses aussi intéressantes hein, moi ce que j'avais retenu c'est que la circoncision, il faut l'accord des deux parents, parce qu'il y a eu des cas où le père amène son enfant chez l'imam ou chez le rabbin sans lui demander son avis ou celui de la compagne et ben là dans la jurisprudence c'est considéré comme de la maltraitance. Par contre si les deux parents sont d'accord, le gamin on ne lui demande pas son avis, donc voilà mais bon. Tu vois il y a matière à la réflexion, on peut aller loin dans la réflexion et c'est pour ça qu'il faut sortir du champ strictement médical.

BC : vous ce qui vous fait avancer dans ce domaine-là c'est vraiment l'élargissement.

P : oui, parce qu'il n'y a pas qu'une catégorie de personne qui détient toute la vérité parce que l'on a tendance à penser ça en médecine. On vient quand même dans notre culture médicale, par nos anciens hein « je suis médecin donc je sais » hein donc il faut peut-être s'interroger sur ça. Tu vois un peu d'humilité et un peu de doute c'est plutôt pas mal aussi.

BC : c'est à la mode de doute aussi dans les études.

P : oui, oui mais alors c'est moins confortable hein mais à mon avis c'est plus juste et puis de toute façon maintenant quand tu te poses en « celui qui sait, qui a la vérité » ça ne marche pas hein, souvent ça marche peu. C'est vrai que c'est peut-être moins facile d'être médecin maintenant qu'il y a deux générations mais c'est à mon avis plus intéressant. Bon voilà.

BC : ça marche ben merci pour tout !

Entretien n°7

BC : donc pour commencer est-ce qu'il y a spontanément des situations qui vous viennent en tête de cas où vous aviez pu faire un RIP ou un signalement dont le choix entre les deux procédures était particulièrement compliqué ou qui vous ont marqué par des circonstances de survenues ou des difficultés ?

P : je pense que l'on se souvient de tous les signalements que l'on fait, le plus dur ce n'est pas forcément le choix c'est, enfin si le choix du signalement ce n'est pas toujours facile parce que l'on n'est pas toujours sûr de notre coup mais bon comme moi enfin j'ai fait pas mal de, enfin j'ai été formée à Rennes avec M.B, enfin notamment M.B et moi j'ai appris que l'on n'accuse pas et que l'on ne fait juste que signaler un doute et qu'après l'enquête ce n'est pas nous mais c'est vrai qu'après c'est facile à dire mais que quand l'enfant est hospitalisé et que l'on a les parents sur le dos, pas 24H/24 mais toute la journée c'est quand même un petit peu difficile mais on en discute quand même. Quand on a un doute on en discute entre collègues et puis on signale mais on essaye de prendre un avis à plusieurs c'est plus facile.

BC : d'accord, et du coup pour vous le choix ce n'est pas forcément un problème ?

P : non moi je fais plus de signalements, parce qu'en fait j'interviens beaucoup chez les nourrissons et je pense que chez le nourrisson quand on a un petit doute c'est souvent la PMI quand même, je pense qu'il n'y a pas forcément besoin d'un RIP dans pleins de situation, c'est moins compliqué que, enfin soit ça ne va pas du tout et c'est le signalement donc pour les maltraitance notamment c'est surtout pour ça que l'on signale, les suspicion de maltraitance on va dire et après on fait plutôt un courrier à la PMI. Peut-être que là j'aurais besoin de faire plutôt un RIP mais je ne suis pas sûre mais souvent on discute aussi pas mal avec l'assistante sociale donc quand on trouve que, en fait c'est quand on a signalé déjà plusieurs fois à la PMI quand l'enfant est passé soit en mater soit en néonatal et qu'il y a de nouveau un truc chez les nourrissons, là on se dit ben ça ne vas pas assez loin donc on fait un RIP mais c'est rare. Moi j'ai rarement à faire des RIP, je fais plus des signalements, ben chez les nourrissons c'est souvent une suspicion de maltraitance. Je crois que je n'ai fait qu'un RIP, déjà ça n'existe pas depuis très, très longtemps donc au début on signalait ou on faisait un courrier à la PMI. J'ai fait un RIP une fois qui n'a pas servi je crois beaucoup, c'était un grand, un enfant que je suis en consultation qui devait avoir 14ans et en fait les deux parents ne s'entendaient pas, ils étaient séparés, la mère alcoolique et l'enfant il ne prenait pas son traitement et il n'arrivait pas à prendre la responsabilité de le faire mais il n'était pas aidé du tout par ses parents qui surveillaient à peine la pharmacie etc. Donc là j'ai informé les parents, j'ai fait le RIP. D'après les parents il ne s'est rien passé au niveau social moi forcément je n'ai pas eu de retour parce que l'on n'a pas de retour mais il a pris son traitement et ça a vraiment stabilisé son asthme donc ça a servi à secouer les parents, tout ce que je leur disais ça ne suffisait pas et là le fait, parce que je leur ai mis à chacun un double du RIP, le fait que j'écrive noir sur blanc j'ai eu l'impression, eux ils me disent qu'il ne s'est rien passé hein peut-être qu'il y a eu une intervention du secteur social je ne sais pas. Ils me disent que non, après ils ne me disent pas tout mais au moins ça a secoué les puces à tout le monde.

BC : donc vous avez plutôt tendance à prendre un peu les devants par rapport au RIP et à directement mettre en route les démarches sociales avec la PMI ou avec les autres structures plutôt que de passer par la case administrative ?

P : bah chez les petits nourrissons plutôt car ce n'est pas forcément heu ça peut être un peu de carence de soin et autre plus sur l'hygiène ou sur l'affectif et là quand on peut faire un lien PMI ça peut suffire après si le lien PMI ne peut pas se faire il y a, je pense qu'il y a beaucoup plus de RIP qui sont fait je pense par la PMI que par nous.

BC : oui et puis la grosse majorité c'est l'école, l'éducation nationale qui fait les RIP mais oui en fait parce que vous avez un accès plus facile avec la PMI, vous utilisez plus ça comme ça quoi. Donc oui au final le choix n'est pas forcément difficile pour vous dans la mesure où soit c'est avéré, très grave et du coup c'est signalement, soit le RIP n'est pas forcément envisagé et du coup vous engagez déjà les démarches quoi. Plus dans ce sens-là, en lien avec l'assistante sociale hein mais comme ça on n'a plus l'accord des parents qui se sentent un peu moins, parce que le RIP ça leur fait peur quand même, enfin même si là dans le petite fascicule c'est super bien expliqué mais c'est bien sur le papier mais après les parents sont, alors que, mais après s'ils refusent tout alors oui on fait mais un signalement, si c'est dans l'immédiat moi je fais un signalement plutôt que RIP ça c'est sûr et puis les cas de signalement de nourrissons en général c'est net quoi.

BC : il n'y a pas de doute.

P : Ben il y a une fois où on avait un doute, une petite fille qui venait pleins de fois, une fois elle avait du sang dans le nez chez une petite qui n'a normalement pas l'âge de faire des épistaxis spontanées, je pense qu'elle a postérieurement elle avait dû être un peu étouffée, et la fois d'après elle avait des lésions dans la bouche, ils sont venus pour ça mais elle avait aussi des griffures partout qui étaient pas liées à son âge plus des lésions dans la bouche qui étaient sans doute dues à une cause traumatique et puis ben on ne savait pas trop etc. On a fini par signaler, les parents nous en ont beaucoup voulu etc. Il y a eu une petite enquête, pas grand-chose et puis elle est rentrée à la maison et une semaine plus tard elle est revenue avec une fracture donc là re-signalement et là placement. Et c'est ce signalement-là où là on était un peu entre deux, c'était un petit peu particulier quand même.

BC : quand ce sont des lésions que l'on n'explique pas bien quoi, les trucs un peu flous c'est parfois difficile. Et du coup est-ce que pour les RIP, ce serait un critère d'âge aussi parce que vous disiez plutôt pour les grands, enfin que le RIP que vous aviez fait c'était pour les grands.

P : ben on n'a pas la PMI pour les grands, quand il y a le lien avec la PMI et que l'on peut parler directement avec la PMI je pense que ça peut-être une alternative si c'est moins grave, enfin si la situation ne paraît pas trop sérieuse, là on fait plutôt ça plutôt qu'un RIP.

Les grands il n'y a pas la PMI déjà et puis les grands ils racontent plus c'est quand même plus facile je trouve.

BC : et la PMI c'est quoi c'est 6 ans la limite ?

P : oui je crois, non c'est deux ans et après c'est la médecine scolaire.

BC : ah oui donc une fois qu'il y a ça c'est déjà moins facile quoi. Et le recours à l'assistante sociale dans les situations de maltraitance en général ou de négligence c'est systématique.

P : dans le service ouais. On a une super assistante sociale qui est vraiment, enfin on en a plusieurs mais surtout une et elle est très concernée et elle est très pro signalement ou RIP et c'est bien et puis elle a vraiment les idées claires.

BC : et est-ce justement ça peut vous aider à moins hésiter pour mettre en place une démarche ?

P : oh ben oui, parce qu'en elle fait le lien avec le secteur social en ville que nous on ne peut pas toujours faire, elle fait le lien dès fois aussi avec l'école et puis ça fait un œil différent parce que nous on a toujours le côté soignant, on a entre guillemets peur de faire mal à l'enfant et elle a une vision plus globale de la famille donc oui ça enrichit les choses.

BC : et il y a d'autres professions avec qui peuvent être amenées à intervenir régulièrement ? En général pour les cas de maltraitance.

P : dans le service ou ... ?

BC : oui ben sur votre activité à vous quoi.

P : ben souvent les collègues, les assistantes sociales. En ville, la PMI et le médecin, le médecin généraliste ou le pédiatre. Ça peut être pas mal aussi pour connaître un peu la famille, en général il a une idée plus globale de la famille. Voilà, moi je n'appelle jamais pour un problème comme ça l'institut parce que c'est pas facile avec le secret professionnel je trouve. J'appelle plus pour un traitement de fond ou les choses comme ça mais pour cela c'est très, très rare. Heu voilà essentiellement ça.

BC : et heu donc, oui donc le milieu scolaire, ça peut vous arriver quand même ou c'est compliqué ?

P : c'est compliqué, déjà le médecin scolaire on ne sait jamais qui c'est, moi je ne sais pas comment le joindre et l'institut moi j'ai du mal avec le secret professionnel, enfin elle a aussi un secret professionnel mais heu je n'ai jamais eu, je n'ai jamais eu besoin de faire.

BC : vous informez systématiquement les parents ?

P : Oui.

BC : et ça se passe comment ? Ce sont des consultations dédiées ou ... ?

P : ben c'est dans le service, donc en général, ben soit c'est en consult, là pour grand c'était en consult donc on avait informé les parents. Je les avais appelés je crois parce que je ne le voyais pas et il ne venait pas donc je les avais appelés, j'avais fait un courrier et je leur avais dit que j'allais faire quelque chose.

Et après dans le service les parent on les a sous la main donc oui j'informe ouais.

BC : et heu ça justement le fait de les informer ça peut aider un peu à leur adhésion ? Ben c'était un petit peu le cas pour le RIP.

P : oui ben c'est vrai pour le signalement on n'a pas forcément besoin de leur adhésion parce qu'on leur colle une enquête sur le dos mais on est obligé de les prévenir parce que sinon après c'est plus pour le lien parce qu'en fait moi j'estime, ce n'est pas toujours facile, en théorie ça paraît simple mais on nous dit vous êtes là pour signaler mais après vous ne vous occupez pas de l'enquête mais vous êtes là pour soigner l'enfant, alors soigner l'enfant quand le parent a une espèce de haine contre celui qui a tiré la sonnette d'alarme ce n'est pas toujours facile mais j'essaye le plus possible et je le dis aux parents « moi je ne fais que signaler, on a un doute, l'équipe a un doute, on signale, mais ce n'est pas pour ça que l'on n'est pas là pour vous écouter et soigner votre enfant. » Ce n'est pas toujours facile.

BC : oui, et pour les grands est-ce que les propos qui peuvent vous dire sont importants, et ça peut vraiment aider dans la décision aussi ?

P : oh ben oui, oui après moi je ne sais pas faire un interrogatoire comme ils font à l'UMJ mais parce que nous on examine les enfants mais on ne les réinterroge pas quand ils viennent avec l'UMJ mais ça c'est plus pour des enquêtes policières mais heu après s'ils arrivent spontanément, quand on n'est pas réquisitionné, on peut avoir un enfant qui nous livre des choses, oui bien sûr. Ça va aider. Après quand ils sont plus grand quand même parce que les 4-5 ans j'essaye de ne pas poser trop de questions sinon ça induit une réponse, enfin ce n'est pas évident quoi. Plus pour des plus grands.

BC : et heu par exemple des parents qui sont directement volontaires dans le fait d'être aidé ça peut aider un peu sur le fait de moins aller vers une mesure ben par exemple comme vous le faites d'aller plus directement vers les services sociaux sans faire de signalement ou de RIP ?

P : ben oui, oui tout à fait. Ben s'ils ouvrent la porte à la PMI, dès fois après ce sont des TISF et autre. Donc ça peut suffire il n'y a pas forcément besoin qu'il y ait enquête en fait. Parce que du coup c'est un peu comme une enquête enfin c'est la PMI qui vient à la maison donc c'est plus aidant qu'une inspection.

BC : et à contrario, des parents qui viendraient pour une situation qui de prime abords ne serait pas forcément grave ou pas très inquiétante mais qui ne seraient pas du tout dans l'alliance ça peut vous amener à faire une démarche que vous n'auriez pas faite pour une autre situation ?

P : oui bien sûr ! Ben oui s'ils ferment toutes les portes il y a un problème donc oui.

BC : et est-ce que au fur et à mesure des démarches que vous avez pu faire vous avez vu une modification dans votre manière de prendre des décisions ?

P : ben je me sens moins coupable en fait, au début ce n'est pas évident, on est tout jeune en fait et on a l'impression d'accuser et maintenant j'ai plus la démarche ou je me dis « ben tant pis je le fait pour rien » et je ne pense pas que j'en ai beaucoup fait pour rien. Il y a même des situations où il y a eu enquête et ils ont dit « non-lieu » et ils ont rendu l'enfant aux parents et c'est sûr qu'il y avait quelque chose, après ça a servi à ce que les parents se rendent compte qu'on n'était pas dupes. Il y avait un enfant une fois qui avait des bleus dans le dos, sur la joue etc. ils disaient chute de toboggan, les flics ont dit « oh ben s'il est mignon, les parents sont gentils, il ne s'est rien passé » mais on savait très bien qu'il s'était fait tapé dessus le gamin. Mais peut-être dire que l'on ne nous trompe pas.

BC : ça peut toujours avoir une utilité même si ...

P : oui, ben après nous ce n'est pas nous qui faisons la sanction donc.

BC : et donc oui l'évolution dans votre carrière ça permet de vous détacher un peu du côté accusateur pour rester vraiment sur c'est votre rôle quand même de le faire.

P : oui et puis aussi on en parle de plus en plus quoi, avant le RIP ça n'existait pas, on se forme entre collègues en plus maintenant il y a l'UMJ donc ça forme un petit peu. On lit beaucoup plus d'articles et autre aussi où on dit qu'il y a beaucoup d'enfants maltraités et il y a peu de RIP et peu de signalements par rapport à ce qu'il faudrait donc oui on, j'ai moins de doute à le faire oui.

BC : c'est moins difficile depuis qu'il y eu ces lois.

Et est-ce que les retours sur ce qui a été fait qui ne sont pas systématiques, ça pourrait vous aider pour après pour les démarches suivantes ?

P : je pense après l'autre fois je me posais la question, est-ce que l'on n'a pas besoin de savoir parce que l'on veut savoir jusqu'où c'est allé, avoir la fin de l'histoire comme quand on lit un livre, c'est vrai que l'on reste sur notre faim parce que l'on signale un truc et on ne sait pas et au bout de quelques jours de toute façon on rend l'enfant parce que le procureur dit « c'est bon vous pouvez leur rendre l'enfant » mais ce n'est pas toujours évident et puis on n'a aucune suite. Donc c'est difficile de se détacher de l'enfant, alors dès fois on a des suites parce que les enfants secoués par exemple on les revoit pour les IRM donc on connaît un peu l'histoire mais on a rarement de retour, enfin on n'en a jamais à part parce qu'on les revoit les enfants.

BC : oui c'est ça mais jamais par une voie officielle quoi. Et ça pourrait peut-être améliorer les choses ?

P : je pense, surtout que l'on comprendrait un petit peu mieux, c'est difficile, moi je n'ai pas de formation du tout de droit, c'est difficile après tous leurs termes etc. Et ça nous aiderait pour comprendre parce que... on a eu une formation il n'y a pas très longtemps à Brest et ça c'était bien c'était pour les médecins mais aussi pour les étudiants et les gens en droit et ça c'était bien. Mais il y a pleins de mots que l'on ne comprend pas quoi, alors on imagine parce qu'on a vu en film ou en livre mais en fait il nous faudrait quelques bases un peu plus sérieuses au niveau légal je trouve.

BC : donc dans votre formation de pédiatre ou de gens qui doivent être confrontés à ça il faudrait mettre des bases un peu plus solides sur le droit. Et ça, ça permettrait d'aider pour...

P : ben de comprendre après, comment on se met dans le, parce que justement cette formation-là ils disaient que souvent les magistrats ils étaient plus condescendant avec les parents qui avaient secoué parce que c'était sur un acte vraiment impulsif etc. En fait il y a vraiment des médecins qui ont dit « non ce n'est pas impulsif c'est répété » enfin c'est rare que ce soit qu'une seule fois et ce sont des gens qui sont dangereux, ce sont de vrais maltraitants. Donc je pense que plus on fait le lien entre les deux professions, mieux c'est je pense.

BC : ça c'est une autre des pistes qui revient souvent et c'est ça d'encore plus articuler les choses entre les médecins et la magistrature enfin les instances judiciaires quoi.

P : parce que là par exemple il y a eu une modification au niveau du parquet maintenant c'est le substitut du procureur qui s'occupe des enfants, c'est surtout Mme C. elle est arrivée il y a quoi 2-3 ans, alors elle, elle ne fait plus d'OPP nous on est paumés parce que nous on a signalé mais en même temps les parents s'ils veulent ils prennent leur enfant sous le bras et puis ils partent. Alors elle nous dit « mais non si vous avez signalé, vous savez bien que vous n'allez pas faire sortir l'enfant » oui mais bon, c'est un peu ambigu et on ne comprend pas bien son attitude et là on a demandé à la rencontrer mais ça ne s'est pas passé depuis pas mal de temps où on a essayé de le faire et ce serait bien aussi qu'elle, elle sache dans quelle difficulté elle nous met quand elle ne fait pas d'OPP. Donc et parce qu'il y a des fois où l'on ne sait pas quand est-ce que l'on doit faire sortir l'enfant, je me souviens que la première fois où elle ne m'a pas fait d'OPP, la première fois que je faisais un signalement et je n'avais pas d'OPP, je l'ai rappelée je lui ai dit « je fais quoi maintenant je peux faire sortir l'enfant ou pas ? » parce que souvent c'est les parents qui nous donnent des nouvelles par les policiers donc on fait ça fait un tour et ce n'est pas la personne qui nous le dit. Et elle me dit « ben je n'ai pas fait d'OPP donc vous faites ce que vous voulez » ben non on ne fait pas comme ça, enfin moi je ne l'entends pas comme ça, après peut-être qu'elle a raison au niveau légal je ne sais pas mais elle nous met quand même un petit peu en difficulté, enfin c'est un changement, ça a été un changement qu'on a un petit peu de mal à ... donc dès fois on exige une OPP quand on sent que les parents sont trop insistants mais elle est un peu dure quand elle fait une OPP enfin souvent elle n'en fait pas et c'est plus difficile pour nous.

BC : donc oui c'est ça vous avez l'impression que c'est plus du travail en parallèle qui vraiment quelque chose qui s'articule bien quoi ? Et est-ce que, alors on avait fait une petite liste de choses pour voir vers quoi les gens s'orientaient, alors sur des négligences éducatives vous iriez plutôt vers quoi ?

P : un RIP.

BC : sur de la précarité un peu au domicile ?

P : ben PMI ou RIP, PMI TISF puis après RIP si ça ne suffit pas.

BC : et sur des bébés secoués ?

P : signalement.

BC : et sur des lésions qui ne sont pas clairement identifiées ?

P : ben chez les nourrissons, ce serait un signalement. Oui, ben en fait il y a certaines lésions où l'on n'pas de doute, un enfant qui ne marche pas encore il ne peut pas se faire de bleus à certains endroits. Donc ce sont des signes de, enfin sauf si les parents nous apportent un truc un peu plus... Mais en fait on le sent en général ils arrivent pour un malaise bizarre, le nourrisson oui facilement on signale, parce que le RIP c'est quand même plus long et puis il y a quand même danger, il ne peut pas se défendre lui-même l'enfant, enfin le nourrisson donc on voit et puis après on a eu un peu de formation quand même avec M.B. donc on nous a listé quand même ce qui était plus problématique.

BC : donc vous avez un peu des critères qui s'ils sont présents vont directement aller vers... hormis les fractures et les truc très évidents mais il y a aussi des choses qui ne vous font pas hésiter quoi.

P : oui sur des zones suspectes, et puis les ecchymoses sur un enfant qui ne sait pas marcher, enfin qui ne sait pas se déplacer.

BC : est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent en tête qui pourraient améliorer les choses, aider un peu les démarches ou qui faudrait mettre en place pour...

P : en fait pour les RIP par exemple il paraît que l'on a une CRIP maintenant, mais c'est récent et on n'a pas l'adresse, donc ça c'est un truc tout bête donc l'assistante sociale doit nous donner l'adresse vu que c'est assez récent parce qu'avant il n'y avait pas de CRIP je crois dans le Finistère ?

BC : alors moi de ce que j'ai compris, j'ai rencontré une dame justement au conseil départemental et elle m'avait expliquée que donc la loi sur les CRIP c'est 2007 je crois et en fait dans le Finistère jusque-là c'était compliqué parce qu'ils fonctionnaient plutôt en territoires d'action sociale et que ce n'était pas vraiment centralisé. Et alors je ne sais plus exactement depuis quand c'est sensé l'être mais donc vous pour l'instant vous n'avez pas trop eu de...

P : ben il va y avoir un médecin à la CRIP où il y a un médecin à la CRIP mais pour l'instant on ne sait pas son adresse et son nom, du coup on envoie au CDAS de l'enfant et un double à la PMI et au médecin traitant souvent et aux parents et heu mais ce serait bien d'avoir un nom direct, ce serait plus facile.

BC : un accès rapide à quelqu'un du conseil départemental qui pourrait...

P : mais je crois qu'il y a un formulaire de RIP mais moi je ne l'ai pas donc moi je fais un courrier comme un signalement en fait sauf que j'écris recueil d'information préoccupante dessus mais je crois qu'il y a un courrier type.

BC : oui il me semble, au moins quelque chose qui résume les éléments ...

P : ben je crois que c'est vraiment un truc qui décrit, ben de toute façon moi je fais un courrier.

BC : dans ces choses aussi qui pourraient améliorer un peu, il y avait certains pédiatres qui parlaient de faire une espèce de RIP avec une surveillance un peu accrue avec une notion un peu plus d'urgence ou qui serait un peu intermédiaire entre RIP et signalement.

P : ouais, ben ça dépend dans quels délais sont traités les RIP quoi, si on a un médecin avec une CRIP peut-être qu'il n'y aura pas besoin d'avoir un truc plus musclé, de toute façon ça dépend des intervenants aussi après et de leur, des capacités à intervenir parce que je crois qu'il n'y a pas beaucoup de personnel, c'est ça le problème et qu'il y a pas mal de RIP. Un truc un peu plus feu rouge quoi, ouais mais alors après on ne sait plus lequel choisir mouais je ne sais pas, enfin si on a un doute et qu'il y a un degré d'urgence il faut signaler puis voilà je pense.

BC : donc oui le fait de communiquer un peu plus avec les services sociaux et avec la justice ça pourrait aussi être des choses qui seraient des pistes un peu pour améliorer ça. Si on résume un peu en fait finalement la décision en elle-même n'est pas simple mais elle est...ce n'est pas ça qui vous pose le plus de problème, le choix entre le RIP et le signalement parce qu'il y a des critères bien définis et vous dans votre pratique c'est plutôt que de faire un RIP c'est d'aller mettre en place les démarches avant pour garder un peu l'alliance avec les parents.

P : oui, oui c'est ça.

BC : et ce qui va vous faire par contre pencher entre un RIP et un signalement ça peut être l'adhésion des parents.

P : non entre RIP et signalement non, c'est plutôt l'imminence du danger et puis l'âge de l'enfant quand même, l'enfant qui ne parle pas c'est quand même plus compliqué.

BC : ça vous iriez plus ?

P : ben oui parce que c'est plus...le RIP ça va être long enfin si on a un doute sur une maltraitance pour un nourrisson, le RIP, ce sera long enfin l'échelle est différente sur un enfant de 10 ans que sur un enfant de 10 mois, enfin moi j'aurais tendance plutôt. Surtout si, en fait si on a un doute sur un petit, s'il a été frappé heu il est quand même plus vulnérable qu'un enfant de 10 ans. Un enfant de 10 ans il peut se confier à la maîtresse, il peut je pense, je pense que je raisonne plutôt comme ça, le fait d'en parler ouais. Parce qu'après l'étape d'après ben c'était la petite Y. où on avait signalé, il n'y avait rien eu, elle était revenue pour un malaise bon ben il y avait eu scanner et tout ça et il n'y avait rien et c'est qu'après qu'elle est revenue pour sa fracture, si je n'avais pas signalé quand elle avait eu des trucs dans la bouche ben je m'en serai voulue alors je m'en suis un peu voulue de signaler à ce moment-là, je n'étais pas très à l'aise dans mes baskets et en fait je n'ai pas regretté parce que le signalement d'après, elle était rentrée à la maison mais on n'y pouvait rien, mais ouais.

BC : et dans les autres qui peuvent vous aider peut-être l'assistante sociale ça peut permettre de lever des freins parfois.

P : oui, ou les collègues, si j'hésite entre les deux je vais en parler aux collègues et à l'assistante sociale, si j'hésite et que je suis de garde et qu'il n'y a que moi qui décide je fais un signalement, si c'est urgent. Sinon j'attends le lendemain, de toute façon on peut toujours signaler le lendemain.

BC : et hormis les cas de garde ça vous arrive de faire des démarches toute seule ?

P : ben oui, par exemple le grand que je suivais pour son asthme, j'en avait peut-être parlé à P.V. pour savoir si je signalais ou si je faisais juste le RIP, je crois que je lui en avais parlé mais là oui je peux faire toute seule selon les histoires. Il y en avait une autre aussi asthmatique qui ne prenait pas les traitement et tout ça mais elle c'était plus compliqué elle était toute maigre et autre donc j'avais un signalement sans OPP enfin un signalement et là il y avait eu, les parents avaient été un peu plus, ils avaient pris les choses un peu plus en main.

BC : donc le recours aux collègues c'est aussi pareil plus dans les situations difficiles ?

P : oui mais on va en parler mais L.L, M.B et moi, bon M. a beaucoup plus d'expérience que nous vu l'âge, enfin la différence d'âge et je vais facilement lui en parler après si elle n'est pas là et que moi j'ai un doute je ne vais pas forcément embêter les pédiatres des grands ou autre, tanpis je le fait puis voilà.

BC : oui c'est vraiment le fait de protéger l'enfant qui prime de toute façon. Ok.

P : mais c'est vrai qu'il y a souvent un collègue pour en parler, même maintenant quand on est de garde on a une astreinte donc c'est plus facile d'avoir deux avis.

BC : ah oui vous êtes toujours systématiquement deux pédiatres ?

P : un de garde et un d'astreinte oui. Et inversement il y en a qui nous demandent, enfin moi une fois c'était J.H, elle hésitait et elle m'a demandé un avis pour un nourrisson je lui ai dit il faut signaler. Mais on arrive à en parler facilement.

BC : et ça c'est un élément qui est important dans ces démarches ?

P : oui.

BC : donc oui on a résumé un petit peu, il y a l'âge aussi qui rentre en ligne de compte, les assistantes sociales, le recours aux collègues, plutôt l'impression de gravité ça va pareil vous orienter vers un signalement aussi et pour améliorer les choses, ce serait un peu en amont et en aval donc la formation des pédiatres et des médecins qui sont confrontés à ça et heu en aval les retours qui pourraient aider un peu plus peut-être pour les prises de décision. Je ne sais pas s'il y avait d'autres choses qui vous viennent un peu à l'esprit dont on n'a pas forcément parler qui vous aident à trancher ou des critères que vous utilisez ?

P : ben non c'est bien là. On n'a peut-être parlé du caractère volontaire et involontaire des lésions. Mais ce n'est pas déterminant pour moi parce qu'ils peuvent toujours mentir.

BC : c'est trop subjectif ?

P : oui et puis on n'est pas flic enfin nous on signale et puis après c'est aux flics enfin à la justice de faire son enquête. On ne sait pas faire quoi, il faut rester...et puis même on sort de notre rôle.

BC : ce n'est pas à vous d'être juge ni enquêteur c'est à l'autre partie quoi. Ok, c'était à peu près tout, je pense que c'est bon. Merci.

Entretien n°8

BC : Alors est-ce que vous avez des situations de RIP ou de signalement que vous avez pu faire, auxquels vous avez pu être confronté qui vous reviennent en mémoire là spontanément pour avoir été difficiles ou pour avoir été compliqués ? Plus que les autres ?

P : Oui, on va dire, enfin une, après c'était une ordonnance de placement provisoire carrément, donc ça s'est fait un peu dans l'urgence c'était compliqué, la question c'était de savoir si je m'étais faite manipuler ou pas. On a toujours tendance à le faire par excès, voilà c'était plus ça parce que c'était un vendredi soir, que l'école avait appelé en disant qu'il fallait à tout prix le protéger de son père et que voilà, qu'il ne fallait surtout pas que le père vienne le chercher, l'enfant ne voulait surtout pas retourner avec son père, une situation très compliquée enfin les parents étaient divorcés, c'était un problème de garde et donc l'enfant effectivement le vendredi soir, jour des vacances ne voulait pas aller en vacances chez son père. Du coup on a fait l'OPP et après j'ai eu le père au téléphone vers 18H qui avait l'air plutôt sympa donc je me suis dit mais mince c'est peut-être bizarre et puis en fait on a gardé l'enfant 10 jours, ça a été très compliqué quand même et je pense que le père, la conclusion quand même qui en est sorti c'est que le père était quand même très manipulateur aussi et que l'on avait bien fait à posteriori d'avoir fait la démarche. Mais c'est vrai que c'est toujours un peu compliqué dans l'urgence, c'était un vendredi soir donc ça, ça compte les week-ends, de ne pas mettre les collègues en difficulté et puis surtout que l'on est moins nombreux donc voilà un homme en colère qui veut venir chercher son enfant ça reste compliqué à l'hôpital donc on fait comme on peut. Donc ça oui c'est une situation qui était, la question de savoir si on s'est fait manipuler dans les séparations parentales c'est compliqué.

BC : les situations parentales ce sont les situations qui sont les plus compliquées ?

P : oui les dires des parents je pense, ils instrumentalisent beaucoup leur enfant et du coup de faire la part des choses entre ce qui va être lié au couple et lié à l'enfant c'est compliqué, de savoir qui le dit est-ce que c'est vraiment la parole de l'enfant ou est-ce que c'est la mère qui instrumentalise la parole de l'enfant ou le père, pour des besoins financiers ou pour des besoins juste de vengeance aussi. Donc oui c'est compliqué.

BC : et justement, dans des situations de conflits parentaux, si vous voyez l'enfant pas mal en souffrance est-ce que vous iriez plutôt sur un RIP ou plutôt sur le fait de le signaler au judiciaire ?

P : heu ça dépend, je dirai peut-être plus signalement que RIP, dans les situations parentales, les enfants ont quand même un conflit de loyauté, ça reste très compliqué pour eux de, enfin même s'ils sont en souffrance c'est leurs parents, ils les aiment quand même. Le RIP c'est du conseil général, c'est l'éduc, peut-être que parfois une autorité supplémentaire quand c'est le juge qui décide ça statue et je trouve que ça met plus en sécurité l'enfant en tout cas. Et ça le dédouane de cette loyauté, il a le droit de les aimer mais il a le droit de ne pas choisir de vivre avec l'un ou l'autre enfin plutôt le juge parce que souvent c'est quand même des divorces qui ne se sont pas bien passé, qui sont quand même passés au tribunal il y a d'autres choses qui se jouent derrière. J'aurai tendance plutôt à dire juge, enfin judiciaire, après en pratique ça dépend.

BC : oui après chaque situation est différente mais instinctivement ce serait quand même pour qu'il y ait plus une autorité un peu supérieure qui tranche et que ça ne laisse pas ce poids-là aux parents ou aux enfants ?

P : souvent c'est quand même, ouais, je pense que c'est quand même des situations où ça a été conflictuel dès le départ et du coup le juge des enfants se met en lien avec le juge du divorce et les avocats et ils ont accès à des données de dossier que nous n'avons pas. C'était le cas pour l'OPP que l'on a fait. Effectivement des divorces qui traînent depuis 10 ans avec des procédures pour des histoires de maison, de terrain, des gens très procéduriers ça aussi ça complète le fait qu'ils ne pensent pas forcément à leur enfant et en fait voilà ce sont des juges des structures différentes, donc quand on judiciarise quand même. Parce que le juge du divorce il n'est pas forcément sensé être au courant que l'on a fait un RIP au conseil général alors que souvent quand ce sont des divorces compliqués les juges des enfants se mettent en relation avec celui...en fait il appelle les avocats des deux parties qui se sont occupés du divorce pour faire aussi sentir un peu l'atmosphère familiale et après il prend sa décision en fonction de ça.

BC : d'accord, est-ce que vous là comme ça vous voyez des éléments qui peuvent vous aider, dans les situations autres ? Pas forcément les situations de divorce mais s'il y a une situation difficile pour le choix de la décision est-ce que vous voyez des éléments qui vont vous aider à trancher entre les deux ?

P : ben après c'est le ressenti des gens, je ne sais pas. Le problème c'est qu'il faut, je ne sais pas, c'est compliqué parce que le problème c'est qu'il faut, il faudrait rentrer dans les maisons pour voir un peu comment ça se passe mais à l'hôpital on n'a pas, on a juste le reflet de ce qu'eux nous présentent et de ce qu'ils veulent après ce qui va nous aider c'est l'état clinique des gens, comment ils présentent. Mais après la maltraitance elle est dans tous les milieux donc c'est peut-être un délit de sale gueule que l'on fait hein mais oui l'odeur, si les gens sentent fort, s'ils sont mal habillés, sales, tout ça, ça va être des signes. Mais en soit à l'hôpital on n'est pas très aidés, c'est l'assistante sociale qui va un peu nous aider, qui va faire une enquête, qui va appeler l'école enfin voilà mais on n'est pas très aidé en fait. Effectivement ça va basculer si on sent que les gens ont envie, ont besoin d'aide, demandent de l'aide, sont attentionnés avec leur enfant même à l'hôpital, ce sont des petits gestes, on va se dire « bon ben on fait un RIP ». Après si on ne les sent pas, s'ils sont très fuyants ou s'ils refusent des soins ou s'ils ont des propos un peu agressifs enfin voilà, un peu l'attitude en fait, la présentation et l'attitude.

BC : oui leur adhésion ça va vous aider aussi à trancher ?

P : oui, souvent ceux qui sont contres heu pfff...non j'ai eu des gens contres et j'ai fait quand même le RIP parce que ce n'était pas, c'était un peu abuser d'aller faire un signalement mais j'ai bien signalé dans le signalement qu'ils étaient contre enfin dans le RIP.

BC : et l'assistante sociale c'est une profession avec qui vous allez systématiquement ...

P : heu oui avec qui on travaille beaucoup, ouais avec l'assistante sociale du service ouais.

BC : à chaque RIP et à chaque signalement ?

P : quasiment ouais, parce que souvent il y a eu des RIP enfin on apprend qu'il y a eu des RIP par d'autres gens donc forcément trois à quatre RIP qui arrivent pour un même enfant sur un bureau ça va forcément passer au tribunal après enfin ça va forcément se transformer en signalement enfin donc oui. Quand on a un doute, on ne sait pas trop, souvent elle nous dit ben « la PMI ils ont commencé à en faire un ou ils pensaient en faire un » et ça ne s'est pas fait ou « il y en a un qui est en cours » du coup même si nous on hésitait à en faire ou pas et ben on le fait, ça, ça aide aussi. En fait le fait que l'assistante sociale crée du lien ça aide.

BC : et il y a d'autres professions, d'autres personnes que vous allez contacter pour vous aider dans la décision ? Le médecin traitant ? Le pédiatre de ville ?

P : le médecin traitant pour une, enfin ce n'est pas moi qui ait fait le RIP c'était ma collègue la semaine dernière mais heu du coup elle ne savait pas quoi faire et du coup elle m'en a parlé, j'ai dit « je pense qu'il faut faire un RIP, appelle le médecin traitant pour voir » et elle a appelé le médecin traitant pour voir qui lui n'avait aucun problème avec cette famille-là et qui était très surpris et du coup ou s'est dit « ben d'autant plus on le fait » parce que c'est louche. Soit ils manipulent le médecin, enfin les comportements étaient complètement aberrants ici et heu voilà.

BC : donc ce n'est pas systématique mais ça peut arriver quoi ?

P : ça peut arriver.

BC : et là en l'occurrence c'est un peu ça qui vous a même aidé à ...

P : en l'occurrence c'est un père qui venait, le motif c'était « plaie du vagin, saignement du vagin chez une petite de... » non « plaie des grandes lèvres, saignement des grandes lèvres » pour une petite de huit mois. Donc il s'est présenté pour ça en motif, il a attendu une demie heure en salle de consult un week-end et après il a complètement pété un câble parce qu'on ne voyait pas son enfant que c'était de l'urgence, que c'était inadmissible et il a sorti son téléphone pour filmer toute l'équipe médicale au cas où, puis après il est parti en signant une décharge, voilà donc on n'avait pas vu la gamine, on a juste eu un nom, on s'est dit « c'est bizarre, enfin pourquoi filmer l'équipe » et donc effectivement le fait que le médecin ait dit « ben non, non il est toujours très adapté chez nous ». Il a insulté tout le monde ici et la mère paraissait très effacée en disant « laissez tomber, excusez-nous pour lui » donc effectivement oui sachant que cet enfant on ne l'a pas revu de la semaine.

BC : et comment vous avez fait alors pour aller le récupérer ?

P : ben on ne l'a pas vu, il est parti après, donc on a appelé le médecin généraliste pour le prévenir, le médecin généraliste a dit qu'il n'avait aucun souci avec cette personne-là, qu'il était très gentil, qu'il venait régulièrement, que la gamine il la voyait régulièrement en consult. Donc on s'est dit ben il y a un peu deux faces donc ça vaut quand même le coup de faire le RIP, peut-être pas le signalement mais le RIP pour que quelqu'un aille voir à la maison, je n'en sais rien peut-être qu'il s'est fait tabasser...

BC : donc au final vous avez fait le RIP sans voir l'enfant ?

P : oui, voilà, en racontant, en disant que cet homme s'est présenté là pour un motif qui n'était quand même pas anodin, il ne venait pas pour une otite, il venait pour une plaie des organes génitaux donc c'est bizarre. Après on la fait, enfin je pense que l'on ne peut pas se dire que l'on ne fait rien, on ne va pas aller prendre la voiture et aller le chercher, aller chez lui, amener les flics enfin on est obligé de faire quelque chose enfin après le signalement c'est peut-être abuser mais heu voilà le RIP permet aussi de récupérer des situations dont on perd le contrôle, dont on n'a pas la maîtrise et la sécurité étant l'enfant et ben voilà.

BC : et ça c'est un truc qui peut vous orienter aussi, sur une situation très franche de maltraitance plutôt sur un signalement et sur les situations un peu floues ...

P : le RIP, ouais, en gros tout doute sur un enfant pour moi nécessite un RIP, dès que l'on a le doute, dès que l'on se pose la question est-ce que cet enfant va bien, est-ce que cet enfant est en sécurité je crois qu'il faut faire un RIP. Parce que l'on déclenche quand même quelque chose, le RIP ce n'est pas grave, c'est une enquête sociale, voilà. Il vaut mieux avoir une enquête sociale et vérifier que tout aille bien que d'avoir des drames comme on voit dans les journaux parce que personne n'a rien fait et en fait tout le monde avait des petits éléments, à posteriori tout le monde a dit « oh ben oui il y a ceci, cela » et l'enquête était trop longue et machin. Donc un moment ben oui je pense qu'il faut, enfin on reste les médecins des enfants quoi donc les familles ben...

BC : il y a des situations qui...enfin des difficultés qui sont récurrentes ? Pour la prise de décision ? Vous avez des trucs qui vous posent souvent des problèmes pour choisir ?

P : non pas trop, non la maltraitance c'est assez, en fait je ne culpabilise jamais de faire un signalement. Quand je le fais c'est vraiment en conscience et heu ben je me dis toujours que je suis le médecin de l'enfant et qu'est-ce qui est le mieux pour l'enfant. Après les RIP en général les gens comprennent, enfin ceux qui ne comprennent pas c'est ceux qui sont un peu, j'ai presque envie de dire que du coup c'est d'autant plus justifié, on a eu des situations ou justement, des intoxications au cannabis chez les petits, la mère bossait dans une école, elle dit « mais moi vous ne pouvez pas me mettre une enquête sociale sur le dos, ce n'est pas possible par rapport à mon travail ». Oui mais heu voilà, vous n'avez pas d'explication, votre enfant elle a huit mois, ça fait 72 heures qu'elle cuve son cannabis, elle n'a que neuf mois heu bon. En fait ce n'était pas clair, c'est toujours ça, à la rigueur elle aurait dit « bon mon mari fume, il y a une boulette qui est restée trainer, la gamine l'a prise ».

Ok, sauf que pendant 72 heures elle nous a tenu un discours complètement inverse en disant « je ne sais pas je suis allé chercher des chaussures chez G. peut-être qu'elle a pris la boulette là-bas ». Non il s'est passé quelque chose, elle a du cannabis, elle est venue pour trouble du comportement, effectivement elle ne va pas bien, elle a des troubles du...enfin c'est dangereux. Donc voilà quand c'est comme ça je ne sais même pas, je pense que les gens, en fait ce sont des situations, quand les gens sont conscients qu'ils ont fait une bêtise enfin voilà je ne sais pas des médicaments, du cannabis et tout ça, on ne va même parfois pas plus loin.

Je pense que l'on ne fait même pas de RIP, je pense que la culpabilité elle est tellement importante pour les gens que je pense que ça leur suffit enfin et puis parfois quand on évoque le fait de devoir faire un RIP parce que quand même...ils sont limite en pleurs en disant « non mais je comprends... » mais la punition elle est déjà dans le fait que leur enfant a failli mourir enfin voilà. On ne fait pas tous ceux qui bouffent de l'eau de Javel ou des choses comme ça, on ne fait des RIP forcément tout le temps, voilà les accidents domestiques, il y a ce qui fait partie de la vie, des accidents, alors bon ben le cannabis c'est la limite je ne sais pas où ... mais en tout cas quand les gens arrivent en pleurs en disant « c'est moi c'est de ma faute, je fume le soir, je suis anxieux » enfin il y a une explication. Quand il n'y a pas d'explication que c'est très flou et que les gens nous parlent en plus très mal en disant « ça ne vous regarde pas ! » ou des explications très absurdes, oui là il y a un signal d'alarme. BC : on en revient un peu à l'alliance aussi ?

P : c'est exactement ça, c'est une espèce de sensation, c'est un sentiment.

BC : et ça vous est déjà arrivé de faire des RIP sur un ressenti comme ça sans en avoir discuté avec des collègues autour ? En prenant la décision un peu seule ?

P : non je ne pense pas, systématiquement j'en parle toujours à un ou deux même sans avoir vu l'enfant. En fait souvent on se dit « c'est quand même bizarre » on ne le sent pas. En gros on l'aurait fait quand même mais je pense que c'est un soutien supplémentaire pour y aller. Mais ici on se pose rarement la question, je pense qu'on le fait assez facilement. Au début c'est toujours difficile de faire les premiers et après ce n'est pas que l'on se protège nous, je pense que oui ou alors c'est peut-être la société qui fait qu'il y a de plus en plus de drames en tout cas ou alors aussi on en voit beaucoup de vraies maltraitances, on est confronté à ça on sait que ça existe. On a beaucoup de demandes d'expertises médicales donc on a beaucoup, enfin moi je suis assez frappée un c'est toutes les semaines, on a des demandes de la gendarmerie pour faire des expertises. C'est quasiment deux à trois par semaine. C'est hyper fréquent, on n'est pas dans une région prédisposée enfin je n'ai pas l'impression, Quimper c'est quand même une région assez bourgeoise donc c'est fréquent et je pense qu'en fait du coup, les signalements et les RIP vont en ce sens. Moi je suis assez étonnée enfin les enfants oui sont maltraités et je pense qu'il y en a beaucoup et je pense que c'est quelque chose que l'on sous-estimait peut-être avant ou dont on se rendait moins compte je ne sais pas.

BC : une idée qui revenait de temps en temps c'est que justement le fait d'avoir eu des textes de loi pour préciser ça, récents, ça aurait pu aussi faciliter les démarches.

P : oui parce qu'en fait ces deux statuts du judiciaire et du social sont différenciés c'est plus facile quand même parce que le judiciaire si on se plante, le placement des enfants c'est compliqué donc l'impact est différent donc du coup on se dit que c'est pour les aider, c'est pour aider l'enfant, c'est pour aider la famille mais on ne va pas leur enlever leur enfant.

BC : alors on commençait un peu à en parler, au fur et à mesure de votre carrière et d'accumulation d'expérience vous voyez une différence ?

P : oui, au début je n'osais carrément pas, je ne voulais pas, je n'étais pas du tout à l'aise avec ça. Ça ne fait que 3 ans que je suis diplômée et oui maintenant je n'ai plus du tout...je ne culpabilise pas du tout de le faire, j'arrive à faire la part des choses en me disant que c'est pour les enfants.

BC : et la culpabilité ça pouvait être un frein à faire l'une de ces démarches ?

P : oui, d'embêter les gens, de détruire des choses ou de faire par excès en étant peut-être nuisible et puis maintenant non. Maintenant je me dis que je ne suis pas médecin des parents. Ils ne s'entendent pas, ils sont bizarres, l'autre il est parano, névrotique, dépressif, je m'en fou, alcoolique je m'en fou.

S'ils ont besoin d'aide ils des médecins, par contre qui va aider l'enfant, si on n'est pas là pour le soustraire ou l'aider.

BC : et c'est quoi qui a fait un peu table rase de ce sentiment de culpabilité ? C'est de voir les conséquences quand on en faisait pas ?

P : ben c'est de voir comment les gens peuvent manipuler les enfants, c'est de voir comment ils les instrumentalisent au quotidien hein et c'est de voir aussi le mal être des enfants qui viennent souvent parce qu'ils ont ce qu'on appelle les « parentites » aiguës et aussi ceux maltraités, les bébés secoués, les violences sexuelles. Après on les voit à un instant T quand il faut constater mais on n'est pas forcément au courant de tout ce qu'il y a eu avant. Est-ce qu'il y a eu des choses, est-ce qu'il n'y a pas eu de choses ? Mais c'est de voir peut-être quelque chose où l'on se dit « ça ne va jamais tomber sur moi, enfin la maltraitance c'est quand même rare » et en fait si, c'est du quotidien. La prévention de l'enfant, la protection de l'enfance oui c'est du quotidien.

BC : en fait c'est ça c'est de vous rendre compte que ce n'était pas une situation exceptionnelle qui fait que ce ne sont plus des mesures exceptionnelles à prendre ?

P : ça devient classique. Et je pense que la société est de plus en plus maltraitante avec les enfants en tout cas oui...

BC : il y a moins de tabou par rapport à ça ?

P : je ne sais pas les gens sont très égoïstes mais presque, ouais je n'ai plus de doute, oui égoïstes. Enfin ce week-end j'en ai menacé une de faire une OPP parce qu'elle voulait sortir contre avis médical parce qu'elle voulait aller au ski et que en fait sa gamine a été opérée d'une « appendoc » elle revient parce qu'elle a mal au ventre et en fait elle a un abcès, qui n'est pas à reprendre chirurgicalement mais voilà qui nécessite une surveillance, moi je ne sais pas si c'est un germe classique ou si c'est résistant. Voilà enfin moi ça me paraît aberrant d'aller au ski quoi. On s'est pris la tête à 14H parce qu'en plus ils y allaient en bus à 15H, le bus partait à 15H samedi. Donc à un moment voilà je lui dis, parce qu'elle voulait signer une décharge en disant « on rentre chez nous et on prend les antibiotiques per os ». J'ai dit non et de toute façon, la valeur d'une sortie contre avis médical ça ne reste rien, ça reste mon ordonnance d'augmentin à la maison mais si elle fait un choc septique...Donc là l'OPP c'était vraiment aussi en protégeant, je ne sais pas si le juge aurait accepté l'OPP ou pas mais voilà j'ai menacé en tout cas la mère de dire « de toute façon, vous ne sortirez pas, j'appelle le juge, je fais une ordonnance de placement judiciaire, elle sera sous la tutelle de l'hôpital pendant 10 jours mais vous ne récupérerez pas votre enfant pour aller au ski avec du pus dans le ventre » et du coup elle m'a dit « ah bah on ne va peut-être pas aller jusque-là, on va rester, tu as compris... » ça devient aberrant quoi. Donc là j'ai plus envie de me dire pour me protéger parce que...

BC : vous voyiez les conséquences directes de ce que ça pouvait faire quoi ?

P : ben de sortir oui. Après tout le monde peut comprendre que d'avoir un abcès dans le bide ça paraît logique de ne pas aller faire du ski mais les gens non. Le ski passe avant la santé, donc j'ai fini par la menacer de l'OPP même si je ne sais pas si le juge aurait, l'aurait faite ou pas mais en tout cas moi j'aurais été incapable de dire au juge l'évolution, le fait de dire ben « je ne sais pas non, non avec l'augmentin ça va très bien se passer à la maison » j'en sais rien.

BC : et justement vous informez systématiquement les parents quand vous faites une démarche ?

P : tout le temps, on en discute tout le temps.

BC : et ça se passe comment ? Ce sont des consultations ? C'est dans les chambres avec les enfants ?

P : dans les chambre oui avec les enfants ou en consultation ça dépend, oui, oui tout le temps.

BC et est-ce que, alors pour les grands du coup, est-ce que les propos des enfants, ça peut intervenir dans la prise de décision, est-ce que c'est un élément qui peut être important ?

P : oui, oui alors toujours au conditionnel mais ses propos ont le droit d'être entendu, après ce n'est pas à moi de juger si c'est vrai ou si ce n'est pas vrai. C'est toujours traduit, entre guillemets, au conditionnel l'enfant a dit que ... c'est du brut que moi je transmets à la justice, au procureur et c'est à lui de décider. Après s'il y a enquête, s'il y a quoi que ce soit, ce n'est plus de notre ressort. On n'est pas juge et parti quoi.

Donc c'est le travail de la justice, après les affaires Outreau, tous les propos qui peuvent être interprétés c'est... nous on a signalé les problèmes après ce n'est pas notre boulot hein. Mais en tout cas quand il y a un propos qui a été dit, qui est bizarre, je pense qu'il faut le signaler.

BC : c'est un élément qui va rentrer dedans quoi ? Dans le faisceau d'argument.

P : ben je pense que ça doit être remonté oui.

BC : peu importe l'âge ? S'ils sont en dessous de 5 ou 6 ans ça peut aussi... c'est rapporté quand même quoi ?

P : c'est rapporté ouais, puis c'est souvent dans un contexte déjà un peu explosif hein, c'est rarement juste une parole isolée alors qu'il venait pour une otite ou pour autre chose enfin je n'en sais rien. Mais oui même tout petit je pense que oui, si ça peut au moins alerter, le petit c'est quand même rare, mais c'est d'autant plus alertant, je pense que ce n'est pas leur univers de parler de sexualité, de choses bizarres.

BC : oui ce qui peut être un peu déroutant ça peut orienter.

P : c'est plus alarmant je pense.

BC : alors on avait fait une petite liste de situation pour voir un peu vers quoi les différentes personnes tendaient. Donc sur un tableau plutôt de négligences éducatives est-ce que vous iriez plutôt sur une démarche sociale ou sur ...

P : oui une démarche sociale.

BC : sur un cadre de vie, un milieu un peu précaire avec des difficultés au domicile qui peuvent être d'ordre par exemple financières ou des choses comme ça ?

P : social aussi.

BC : sur un bébé secoué on avait déjà dit et sur un tableau de lésions ou de troubles somatiques que l'on n'explique pas bien, qui sont un petit peu flous mais qui vous interpellent quand même ?

P : social j'aurai dit quand même.

BC : à partir du moment où ce n'est pas franc ce serait plutôt social que vers le judiciaire ?

P : oui, oui je pense. Mais je dis ça, c'est violent hein, le judiciaire c'est heu enfin oui c'est violent... ce n'est pas forcément les... enfin oui en tout cas on va priver forcément un des parents d'un droit de visite, d'une garde enfin voilà.

BC : il faut des faits avérés quoi ?

P : oui sur des propos, enfin non, non parce que l'OPP que j'avais faite c'était sur les propos du gamin. Ce n'était pas sûr de la violence physique, c'était sur les propos du gamin. Le gamin dit beaucoup de choses sur le fait que son père le forçait à faire beaucoup de sport, le réveillait la nuit en prenant des photos de lui la nuit enfin il y avait des choses quand même bizarres, c'était très bizarre et ben là il fallait une ordonnance de placement donc du coup forcément ça s'est judiciairisé très rapidement.

BC : et qu'est-ce que vous pensez des retours des informations et de l'absence de retour d'information du coup ?

P : surtout l'absence de retour d'information, on n'en a pas. Moi je n'en n'ai pas eu.

BC : que ce soit RIP ou signalement ? Jamais ?

P : Heu, bah le judiciaire, signalement, signalement... après l'OPP on a eu la levée de l'OPP donc on a eu, on sait à peu près ce qui va se passer pour lui. Non pour les autres signalements que l'on a fait non, on n'a jamais de... on ne sait pas ça reste des situations très floues. Non on ne sait pas.

BC : et vous pensez que le fait d'en avoir ça pourrait changer les choses, enfin changer votre manière de prendre les décisions ou pas particulièrement ?

P : est-ce qu'il faut tout savoir je ne sais pas, il y a les journaux pour ça parce qu'on voit les gens condamnés après est-ce que l'on serait moins heu... je ne sais pas. Je pense que par curiosité on a toujours envie de savoir mais peut-être que ce n'est pas une bonne idée parce que aussi bien si par une fois il y a eu une condamnation parce qu'on a prouvé par A+B que c'était ça, après on va faire un espèce d'amalgame en disant bah « pour tous ceux-là... » enfin on perdrait de l'objectivité.

Et en plus je trouve ça horrible parce que si on faisait par exemple un signalement et que ça menait à rien et qu'ils nous disent « bah non vous vous êtes planté ! » du coup ça freine pour les futurs signalements.

BC : en fait ça pourrait même avoir plutôt un effet négatif sur votre prise de décision plutôt que d'aider les choses ?

P : oui et puis à la fois si on fait un RIP et qu'ils nous disent « c'est la cata, il aurait fallu faire un signalement parce que cet enfant était extrêmement en danger, vous avez mal fait votre travail parce que vous avez fait un RIP et pas un signalement », après c'est un flou pour nous, enfin je ne sais pas.

BC : ce serait un peu à double tranchant quoi ?

P : c'est ça mais en même temps c'est bien de savoir aussi je pense, enfin c'est bien d'avoir un oui...

BC : ça pourrait grandir un peu l'expérience quoi ?

P : ouais mais je pense que l'on perdrait en objectivité je pense, ce n'est pas notre rôle de juger. Parce qu'après on devient forcément, si on a un retour, on est forcément un peu juge quoi, on a pris...

BC : ou on le sera pour la prochaine situation ?

P : oui, pour les autres, je pense. Alors que là pour l'instant ça reste dans un flou, on dit bah « j'ai signalé », en fait je pense que le leitmotiv c'est signaler, signaler, alerter heu signaler. Après ce qui se passe pour les conséquences ce n'est plus notre travail quoi, ce n'est plus notre travail.

BC : et donc ça justement de l'enseigner un peu plus peut-être ou d'informer un peu plus les médecins qui seraient amenés à faire ça, ça pourrait être une idée intéressante parce que ça pourrait lever des freins par exemple ?

P : oui, pour les généralistes oui je pense, parce que je pense qu'ils hésitent à le faire parce que c'est leur patientèle, ils les connaissent, c'est compliqué, ils voient que c'est des familles bancales, que c'est compliqué mais un RIP ce n'est pas forcément, enfin voilà de demander de l'aide à un éducateur qui vient à la maison, une assistante sociale qui vient donner un coup de main pour vous aider dans la prise en charge des enfants, remplir des papiers, d'avoir des aides et un soutien du conseil général ce n'est pas forcément péjoratif quoi, ça peut effectivement limiter la casse ou la violence en tout cas. Mais après ça dépend comment on l'amène, si on l'amène comme une sanction, forcément c'est mal vécu, si on l'amène comme une aide ça se passe bien. Le gens s'en saisissent généralement enfin les RIP ça se passe bien. Les signalements aussi enfin globalement les signalements, moi au moment où je décide de faire le signalement je ne les entends plus, je ne les entends plus me dire : «

- Ah oui c'est la nounou, peut-être que c'est la nounou,
- Peut-être que c'est l'extra-terrestre à côté, je n'en sais rien écoutez madame, vous me dites qu'il s'est fait taper avec son hochet, il a une fracture temporo-pariétale, il y a un sous-dural, il part à Rennes, je m'en fous, vous verrez ça avec le juge, il a 4 mois il n'est pas tombé tout seul, on ne se pète pas le crâne tout seul à 4 mois. Donc je fais mon signalement, je ne suis pas votre médecin, je ne suis pas le juge, je suis le médecin de votre enfant, il est transféré en neurochir point. »

BC : oui de prendre la chose en disant « je suis obligé, c'est mon rôle de le faire » ...

P : c'est mon rôle point ! Voilà, ça me dédouane, ça me déculpabilise beaucoup hein, ça me déculpabilise de le faire, enfin voilà je n'ai pas « oh les pauvres effectivement, peut-être que c'est la nourrice, peut-être que c'est pas eux », en fait les signalements c'est des faits. Cet enfant il a une fracture temporo-pariétale, il a un hématome extradural, il va en neurochir pour être surveillé, il n'y a pas forcément d'intervention pour le moment mais voilà. L'histoire les parents l'ont récupéré comme ça point après ils se débrouillent. Mais après le problème c'est que quand tu leurs dis que tu vas faire un signalement ils sont heu « oh mais c'est la nourrice, et la nourrice elle a u fils, ou elle a son beau-fils, son mari et machin... » ils commencent à accuser mais heu ça ne change pas le signalement qui sera fait. Je ne sais même pas si je le dis, enfin voilà. En fait c'est clinique quoi, le scanner montre ça, tac !

L'enfant a des lésions, enfin il n'y a pas enfin voilà, il n'y a pas d'explication cohérente c'est sûr que si la mère elle descend les escaliers avec son petit de 4 mois, elle se croute, elle s'explode et elle arrive en pleurs en disant « je suis tombée dessus, je suis tombée dans les escaliers » on ne va pas faire de signalement. Quand ils arrivent en disant « bah on ne sait pas, bah non il va bien ». Ah non ça ne va pas, en fait c'est ça.

BC : au final on en revient pas mal à ça, l'attitude des parents c'est vraiment un truc important au tout départ quoi.

P : dès le départ, le motif de consultation, dès le départ parce que on a fait un RIP sur une gamine que l'on n'a pas vu hein et c'est le motif qui a fait que. Alors autant moi j'en ai eu, le motif c'était « plaie de la grande lèvre » ben effectivement c'était cet été, elle a glissé sur les rochers et elle s'est pris le rocher en plein dedans donc la plaie avait été explorée au bloc mais voilà c'était des vacanciers sur les rochers, enfin l'histoire est cohérente, enfin la gamine elle la raconte très bien et voilà. Peut-être que l'on a des très bon menteurs, je ne sais pas.

BC : et pour finir est-ce que vous voyez des choses qui pourraient être un peu améliorées, ou des choses qu'il faudrait encore travailler pour optimiser.

P : je pense le lien avec les assistantes sociales et les écoles. Mais souvent ici c'est...parce que ici en fait on a l'assistante sociale qui appelle l'école qui se met en lien avec l'institutrice pour savoir, mais ça c'est quand on a le temps mais souvent ils ne sont pas scolarisés les plus petits. Donc voilà l'assistante sociale c'est pas mal, moi je trouve que c'est une bonne aide, alors après ce n'est jamais, on n'en n'a pas le week-end enfin c'est compliqué quand il faut garder les enfants hospitalisés pour...

BC : oui le week-end ça monte un peu les difficultés quand même ?

P : oui, bah oui.

BC : et du coup le fait de, je ne sais pas, d'avoir des personnes d'astreintes ...

P : ce serait plus facile je pense ouais. Faire plus de lien avec le conseil général, enfin bon le week-end, ceci dit les RIP ça peut toujours attendre le lundi.

BC : ce serait plus confortable quoi ?

P : hmm, hmm oui. Non le juge on arrive à l'avoir facilement, enfin ouais ça va. Les signalements sont faits, non, non ça va, je n'ai pas eu trop de difficultés.

BC : et dans les idées que l'on avait eues, je ne sais pas le fait de contacter un médecin légiste ou d'avoir un avis un peu pour aider.

P : heu oui, bah à la base ici on a toujours des expertises qui sont demandées, moi je refuse de les faire parce que je n'ai pas fait de DU, d'examen gynéco des enfants enfin ce n'est pas mon rôle donc je préfère ne pas faire que mal faire. Mais ça c'est dans les réquisitions judiciaires mais normalement oui un légiste, après le signalement il n'y a pas forcément besoin de légiste. Enfin je veux dire, quand on est au stade de demander au légiste de venir, c'est que cliniquement il y a un souci quoi. C'est ce qui s'était passé pour une petite qui avait deux ans, c'était, elle avait des plaies vaginales très importantes, le mec nous dit « bah elle était dans le canapé, jambes écartées, le chien il est arrivé dessus... ». Non je ne crois pas non, enfin voilà il n'y avait pas de trace de griffes, donc là oui on a besoin du légiste pour confirmer parce que là ça partait au judiciaire enfin, pour le signalement voilà c'est plaie...

BC : donc oui vous avez eu recours au légiste avant de faire le signalement ?

P : non le signalement on le fait avant, on le fait tout de suite en se disant « parce que saignement, parce que plaie parce qu'histoire un peu incohérente voilà » déjà OPP si besoin parce que le premier leitmotiv c'est de protéger l'enfant enfin que les parents ne partent pas avec l'enfant sous le bras, après une fois qu'ils sont à l'hosto on a tout le temps de faire venir le légiste, de vérifier que la coupure à l'intérieur, sous anesthésie générale ou pas, c'est pas une griffure de chien, que ça ne correspond pas, le légiste il doit aller à la maison vérifier la patte du chien.

BC : oui donc en fait le légiste c'est tout le temps après quoi ?

P : oui, oui, le signalement c'est protéger, c'est protéger immédiatement, ou l'OPP. C'est juste qu'en gros ils sont à l'hôpital point quoi !

Ce n'est pas possible de faire à la fois le signalement et de les faire sortir en même temps.

BC : ok, communiquer avec les services sociaux c'est un élément qui pouvait être aussi un peu amélioré qui peut aider.

P : oui pour une meilleure circulation des infos, après oui je pense qu'il y a beaucoup de gens qui aimeraient bien avoir les retours donc je ne sais pas oui je pense que moi j'aimerais bien par curiosité mais je ne sais si ce serait très instructif.

BC : ceci dit il y a certaines personnes avec qui j'ai discuté qui parlaient de faire un courrier résumé comme on fait des courriers résumé d'hospitalisation. Que le fait de rendre ça systématique ça pourrait aider. Ça pourrait être une bonne idée vous pensez ?

P : je ne sais pas, qu'ils nous renvoient un courrier en disant...oui ben je ne sais pas parce qu'en fait on n'est pas dans la même dimension temporelle, une aide sociale ça peut être 5 ans, 6 ans, mettre un éducateur sur le coup est-ce que ça a vraiment servi, pas servi, comment ça a été vécu ou alors de dire que la situation de la famille est prise en compte et que la famille adhère, que ça marche peut-être juste ça sans forcément rentrer dans les détails.

BC : oui d'avoir un petit aperçu du ressenti des gens qui ont fait les démarches ça pourrait être bien ?

P : oui, oui, je ne sais pas, je ne sais pas trop.

BC : ok, et donc en résumant un petit peu, pour conclure, ce qui peut aider c'est heu, à trancher entre les deux ce qui est important pour c'est surtout l'attitude des parents, l'histoire, l'adhésion et le motif. Le recours à l'assistante sociale ça peut être aussi important, le fait qu'il y ait eu des RIP antérieur, des démarches qui n'ont pas forcément abouties ou qui n'ont pas forcément brillé par leurs résultats. Parfois le médecin traitant ça peut aider.

P : l'école aussi.

BC : l'école, et l'école est-ce que vous avez des difficultés à les contacter parfois, par exemple pour une histoire de secret professionnel ?

P : non parce qu'en fait ça passe souvent aussi par le médecin scolaire.

BC : le fait d'avoir des situations plutôt douteuses, c'est aussi quelque chose qui va orienter vers un RIP. La culpabilité du médecin c'est un truc qui peut être plutôt un frein peut-être en début de carrière.

P : au début, enfin je ne sais pas moi je culpabilise de moins en moins je trouve.

BC : et justement la discussion en équipe pareil c'est un élément important. Ok bon est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent à l'esprit dont on n'a pas forcément parlé par rapport à ces situations-là ?

P : souvent, je suis assez marquée, souvent il y a pleins de gens qui sont toujours inquiets, pleins de gens et en fait ils attendent que ce soit, enfin personne ne prend la décision de faire le signalement, donc souvent ils les débarquent aux urgences en disant « je suis quand même hyper-inquiet pour la famille, je suis quand même ceci... », dès fois c'est le médecin, dès fois c'est des écoles enfin oui infirmières scolaires, dès fois ce sont les grands-parents aussi donc tu te dis mais tout le monde peut faire un RIP. Alors peut-être diffuser plus l'information, peut-être un manque d'information du public parce que du coup tout le monde se protège, personne ne sait qu'ils peuvent faire des choses. C'est assez particulier parce que les gens sont capables de balancer leurs voisins pour des conneries, parce qu'il tond sa pelouse le Dimanche et pour ça on l'impression que c'est... mais après je me dis, je ne serais pas médecin je ne sais pas non plus, je ne sais pas je verrai un gamin se faire tabasser, à quelle autorité ? C'est vrai que l'on pense toujours au commissariat, je ne sais pas si la population connaît la différence entre RIP et signalement, peut-être un manque d'information aussi. De rendre plus d'informations.

BC : pas que aux professionnels de santé mais à l'ensemble de la population.

P : à la population généralisée, on fait bien des campagnes de la grippe pour leur dire de se moucher et de jeter le kleenex dans une poubelle fermée donc on peut peut-être leur dire de protéger les enfants, d'être attentifs à des situations et qu'un signalement, enfin ça éviterai peut-être des drames.

Il y a des gens avant de tabasser leur gamin ou de se flinguer avec ou d'être mal, il y avait probablement des signes qui ont alertés et les premiers signes sont toujours visibles par l'entourage. Enfin pour regarder un peu dès fois les faits divers, c'est souvent la famille qui a dit « bah oui j'étais déjà inquiet et les services sociaux n'ont rien fait » après qui a signalé quand, comment, est-ce qu'il y a des gens qui ont fait un signalement ?

BC : oui des gens qui constatent mais qui n'actent pas les choses quoi ?

P : ouais c'est ça. Par contre oui, enfin faire des mains courantes par exemple c'est dans le, les gens ils savent le faire ou porter plainte ils savent le faire mais signaler pour un enfant. Mais je pense que c'est pareil, comme avant ils devaient se dire « il ne faut pas que ça aille au judiciaire », enfin cette différence entre judiciaire et aide sociale elle est pas assez connue en tout cas mais ouais peut-être une campagne de prévention, faire partie d'une campagne de prévention publique pourquoi pas ?

BC : ça marche. Bon c'est une belle conclusion.

P : ben au moins tu peux faire à la fin de ta thèse ce que mon chef appelait une envolée lyrique donc voilà tu pourras faire une envolée lyrique sur une belle campagne de prévention et envoyer une copie de ta thèse à Marisol Touraine. Mais oui une campagne de prévention en tout cas.

BC : ça marche.

Entretien n°9

BC : Alors c'est parti, donc pour commencer, est-ce que vous avez en mémoire des situations qui ont été, de suspicion de maltraitance, qui ont été particulièrement compliquées dans votre carrière ? Est-ce que vous avez des choses qui vous ont marqué ?

P : alors pour nous le problème c'est toujours que nous on est aux urgences, donc on a quand même régulièrement des bébés secoués avec des hématomes sous-duraux, des choses comme ça où d'emblée aux urgences c'est parfois compliqué de dire « votre bébé a été secoué » quoi parce que l'on n'a pas toujours le fond d'œil avant l'hospitalisation, heu on n'a pas le bilan de « coag », on n'a pas certaines choses qui font qu'on ne peut pas trancher dès les urgences donc on n'a pas mal d'enfants pour lesquels le diagnostic de sous-dural par exemple est posé aux urgences mais pour lesquels les autres éléments factuels qui vont conclure au bébé secoué on ne les a pas toujours donc le signalement est souvent fait en hospitalisation au décours du bilan donc là on ne va pas forcément faire de signalement heu je réfléchis aux autres situations après on peut avoir des situations où on peut être amené à faire, tout ce qui est abus sexuels par exemple, mais bon là ce sont des signalements d'emblée tout ce qui est alors RIP on a tendance effectivement à le faire avec l'assistante sociale sur des situations où voilà on est très embêté mais on n'a pas non plus d'éléments factuels sûrs et donc souvent on le fait sur une association d'éléments et on essaye de ne pas le faire seul et on essaye de voir avec l'assistante sociale. Très souvent ce sont des familles qui sont déjà connues donc elle, elle essaye de faire un point éventuellement avec le conseil général pour voir un petit peu ce qui a déjà été discuté ou autre et à ce moment-là parfois, en lien avec le conseil général, ils nous redisent « bon bah là refaites un RIP et puis on va voir ». Donc à ce moment-là on va faire un RIP et nous on a la chance d'avoir le Dr Le B. qui est une pédiatre qui est attachée à l'hôpital maintenant plus de temps par semaine et qui parfois, enfin qui va nous servir justement sur ces situations-là d'entre deux. C'est à dire que soit on a une situation qui franchement nécessite un RIP d'emblée parce que l'on voit bien qu'il y a une situation à risque et que ça fait quatre fois. Nous on a la chance effectivement avec Urqual d'avoir les passages antérieurs, d'avoir les infos, on a des fiches de liaison sociale ou PMI qui restent tracées dans l'ordinateur qui font que lorsque l'on a une situation qui nous interpelle on peut être amenés à regarder l'antériorité du dossier et dès fois retomber sur des situations avec des papas qui sont déjà venus pour, ou des mamans qui amènent l'enfant pour suspicion d'abus, ou des hématomes, des choses un peu, qui vont nous aider à trancher pour dire « bon là c'est bon c'est le 4^e passage on fait le RIP et puis on avise ».

Les situations notamment ça va surtout être sur les situations d'abus sexuels où l'on n'a pas mal de situations qui peuvent être un peu ambiguës quoi hein. On a pas mal de situation où les parents viennent consulter le Dimanche soir, les mamans « j'ai récupérée ma fille, elle à la zézette rouge elle me dit que papa m'a fait mal », la petite elle à 3 ans, elle est incapable, enfin on n'arrive pas à interpréter ce qu'elle dit et dans ces cas-là souvent on va faire un examen pour s'assurer qu'il n'y a rien d'urgent et on a tendance après à re-botter en touche avec Mme Le B. qui elle, va revoir un peu sur le social et familial, voir avec le conseil général si la famille est connue, s'il y a des choses particulières à re-discuter avec la maman, elle reste ouverte éventuellement s'il y a des soucis. S'il y a une inquiétude qui est fondée et des éléments finalement qui se précisent, elle peut être amenée à faire un RIP ou un signalement elle en revoyant l'enfant mais ça permet de ne pas prendre une décision sur une consultation d'une demi-heure aux urgences où on a du mal à trancher et où on n'a pas envie de faire d'emblée un signalement ou un RIP sur une situation où finalement la maman s'est peut-être inquiétée un peu à torts sans forcément qu'il n'y ait d'élément inquiétant. Après c'est vrai qu'il y a des situations où on n'a pas envie c'est vrai de laisser les choses dans la nature pour pas que ça soit banalisé non plus quoi donc après des situations, je n'ai pas des choses en tête mais c'est vrai que c'est arrivé dès fois qu'on hospitalise l'enfant, notamment si des, sur des hématomes ou des choses comme ça qui sont un peu, où les histoires sont un peu étonnantes où l'enfant est gardé en hospitalisation mais le signalement n'est finalement pas fait mais heu enfin je trouve que ça, sur des choses comme ça, autant les bébés secoués, les choses sont franches, autant un viol, des situation de ce style-là, il n'y a pas photo, il faut faire autant sur d'autres situations entre RIP et signalement ce n'est parfois pas facile.

BC : oui et c'est là que vous vous donnez un peu de temps ?

P : bah, soit l'enfant est sortant en fait et pas hospitalisé et on va facilement effectivement remettre, on fait une fiche de protection de l'enfance que l'assistante sociale ou Mme Le B. de la cellule du coup de la protection de l'enfance va récupérer et souvent il faut informer les parents. On essaye de travailler avec eux, les parents sont censés être informés, l'assistante sociale va regarder un peu la situation de la famille si elle est connue ou pas, s'il y a déjà eu des choses pour les frères et sœur, l'école, avec le conseil général et peut être amenée à resolliciter la famille ou à rediscuter avec la famille pour apporter quelque chose si on a une inquiétude ou bien effectivement faire le RIP s'il y en a besoin. Donc cette cellule-là elle permet quand même de, que ce ne soit pas parti dans la nature après tout ce qui est effectivement suspicion d'abus c'est souvent Mme Le B. avec ce genre de choses et puis par contre sur des choses qui sont plus sévère et qui nécessitent d'autres examens, qui nous inquiètent beaucoup plus ça va être une hospitalisation d'emblée et là effectivement eux ils ont le temps de se poser la question, de discuter avec l'assistante sociale si besoin et de prendre le temps de voir s'il faut un RIP ou un signalement.

BC : et du coup l'assistante sociale en fait, le bilan où elle récupère les données justement antérieures, vous le faites ici pendant une consultation aux urgences quoi ? Ça peut être fait avant de laisser partir l'enfant ?

P : nous on ne va avoir la partie que l'assistante sociale ou nous on a tracé sur les fiches de liaison antérieures mais on n'a pas forcément cette enquête, ça peut arriver que si elle est là on l'appelle et qu'elle nous donne, qu'elle essaye de voir un peu la situation au moment où l'enfant est encore là. Si elle est là ça peut être éventuellement, si c'est en journée et que les gens sont accessibles ou ça peut arriver que ce soit là quoi.

BC : donc oui le fait qu'elle soit aussi disponible assez rapidement ça peut aider justement à prendre plus rapidement une décision quoi ?

P : tout à fait, je pense que là on a l'avantage effectivement d'avoir ça qui permet bah un de savoir que si on laisse ressortir il y a quand même quelqu'un d'autre qui va un petit recreuser l'histoire derrière et qui va être vigilant et que si on a une inquiétude on peut reprendre les choses et puis, enfin ouais de ne pas laisser tout partir comme ça quoi.

BC : et il y a d'autre professions autrement avec qui vous pouvez, alors aux urgences c'est moins, vous avez moins le temps peut-être mais avec qui vous interagissez, le médecin traitant, la PMI ?

P : oui, oui, je pense que c'est effectivement, alors moi j'ai le souvenir d'une petite puce que l'on avait reçue adressée par le médecin pédiatre pour une non prise de poids et la pédiatre en fait avait essayé d'appeler ici et on n'était pas disponible à ce moment-là et elle n'a pas rappelé après et l'après-midi elle était absente et nous on a reçu cet enfant pour un problème de non prise de poids et en fait elle avait des brûlures dans le fond de gorge, des cicatrices au niveau de l'entre cuisse, il lui manquait des cheveux, elle était complètement apeurée. Ce sont des situations où on se dit « mais ce n'est pas possible elle est maltraitée cette enfant ! ». Donc on a voulu rappeler la pédiatre pour avoir des détails de l'histoire et elle n'était plus accessible mais effectivement dès le lendemain on a refait une synthèse avec la famille, enfin avec le médecin qui gère pour voir, si les médecins traitant on les rappelle assez facilement quand on a une situation embêtante que ce soit pour les maltraitances ou autre hein. Médecin traitant, PMI aussi éventuellement, alors c'est vrai que souvent eux ils anticipent, parce que ce sont des enfants qui nous sont adressés ou alors oui ça peut être effectivement un rappel pour voir un peu comment ils connaissent la famille et s'il y a lieu de s'inquiéter.

BC : et est-ce que le milieu scolaire c'est quelque chose que vous pouvez être amené à contacter ?

P : alors nous c'est vrai qu'on le fait peu. Je sais que l'assistante sociale quand elle fait dès fois des points ou selon les motifs aussi hein d'inquiétude ça peut effectivement être intéressant de voir avec l'école. Elle a tendance à recontacter l'école après la difficulté c'est qu'avec l'école ce n'est pas toujours aux heures où nous, ils ne sont pas forcément accessibles aux heures où nous on voit les enfants donc ça c'est plutôt à posteriori souvent sauf si on a vraiment quelque chose qui concerne l'école directement mais l'école moins je pense. Plutôt les médecins traitant.

BC : par rapport au milieu scolaire ce qui pouvait être un autre frein, par rapport au secret médical est-ce que vous c'est quelque chose qui pareil pourrait vous gêner un peu. Normalement il y a un secret professionnel aussi dans le milieu scolaire mais ça peut être un frein aussi ?

P : alors, c'est vrai que normalement on est censé, sinon en discuter nous avec le médecin scolaire si nous on veut échanger sur la situation et nous raconter effectivement ce qu'il en est. Sinon ça n'empêche de recueillir des informations sans forcément dire pourquoi enfin on peut aussi dire que l'on a une inquiétude pour un motif de passage aux urgences et que l'on veut des détails sur la situation à l'école. Voilà après ça reste un travail effectivement, enfin le but est de protéger l'enfant aussi, même entre personnes il y a le secret médical mais si c'est pour le bien du patient en priorité on a le droit de lever une partie du...enfin voilà entre professionnel je pense que tu...le moins possible et si possible en accord avec le patient mais...

BC : et justement vous informez systématiquement les parents quand vous faites une démarche ?

P : alors on est censé le faire le souci c'est que du coup moi j'ai bossé avec les assistantes sociales et c'est vrai qu'elles nous expliquent, elles nous disent que les parents sont informés c'est beaucoup plus facile de réintervenir et de discuter plutôt que d'appeler en disant « bah voilà il y a une fiche de liaison qui a été faite » où là c'est vécu comme une sanction et donc c'est vrai que quand on fait ça avec les internes, moi j'essaie de leur dire « il faut que tu présentes les choses de manière positive en les informant que ben voilà cette fois-ci on a été un petit peu inquiet de la façon dont ils ont réagi face à telle ou telle situation, qu'effectivement ils ont peut-être besoin d'un coup de main parce qu'ils sont peut-être dépassés par des difficultés, qu'on leur propose que quelqu'un puisse se mettre en lien avec eux pour les aider s'il y a besoin, est-ce qu'ils sont d'accord ? ». C'est toujours plus facile de l'aborder comme ça et de signaler ça que après, maintenant j'ai pas mal de mes collègues qui font les fiches de liaison, ou alors nous on va les faire aux urgences sur une situation que l'on voit dans les dossiers en disant « oh là, la mais là ça craint, il faut qu'il y ait une fiche de liaison qui soit tracée » pour des enfants que l'on n'a pas vu hein nous et donc ça nous arrive de faire des fiches de liaison soit PMI soit, où là les parents ben c'est vrai n'ont pas été informés sur le coup et c'est toujours délicats quand on n'a pas vu l'enfant. Alors les assistantes sociales nous disent « dans ces cas-là pourquoi vous ne les rappelez pas de la même façon que vous les rappelez pour leur dire que l'on a changé l'antibiotique etc. ». Bon c'est parfois un peu délicat quand tu n'as pas vu les parents et que tu n'as pas de lien au départ.

BC : c'est quoi, c'est pendant des gardes par exemple ?

P : ouais, oui et c'est souvent effectivement pour les gens qui sont moins habitués et ou alors ouais pendant les gardes parce qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils n'ont pas fait attention ou parce que l'interne a moins été vigilant et n'en n'a pas parlé au senior de garde et du coup...parce que nous on va avoir le temps de reprendre l'antériorité en disant « bah attention moi celui-là je l'ai déjà vu aux urgences, ah oui c'est vrai qu'il était déjà venu pour ça, non là c'est trop je refais une fiche de liaison ». Donc ça arrive qu'on le fasse à postériori, mais là ils ne sont pas toujours informés non plus, mais ce n'est pas facile.

BC : en fait finalement, de ce que je comprends, vous, vous ne faites pas forcément des RIP tout de suite c'est la fiche de liaison qui peut faire générer un RIP à postériori ?

P : on en fait très peu, on en fait très peu des RIP, ça a dut m'arriver une fois de faire un RIP, je ne me souviens même plus de la situation. C'était avec l'assistante sociale directement d'ici mais parce que c'était déjà quelque chose où...je ne me souviens plus c'était compliqué et elle avait rappelé le conseil général ou l'école et ils s'étaient mis d'accord en disant on refait nous un RIP pour donner du poids effectivement à la situation donc on l'avait refait ensemble d'ici mais c'est vrai que c'est rare qu'on le fasse d'emblée, seul en plus souvent c'est une situation qui va nous être...enfin voilà que l'on discute avec l'assistante sociale et un peu en lien avec...donc finalement des urgences je pense qu'il n'y a pas beaucoup de RIP qui partent, il y a des signalements mais il y a peu de RIP.

BC : et je reviens un peu à ça, l'accord des parents ça peut aussi faire que vous allez vous inquiéter plus s'ils ne sont pas du tout en adhésion avec le corps médical et donc peut-être changer la démarche ou...

P : bah je ne pense pas, c'est à dire que si tu n'as rien qui justifie d'un signalement d'emblée c'est pas parce que les parents ne sont pas en accord que tu vas faire un signalement tout de suite, normalement tu fais ton RIP et les assistantes sociales recontactent les parents, si tu les informes et qu'ils ne veulent pas d'adhésion ni rien bah tu dis que tu vas faire un RIP et qu'ils vont être recontactés et si au moment où l'assistante sociale veut mener l'enquête et qu'elle trouve porte fermée et qu'il n'y a pas moyen d'entrer ou de discuter ou qu'ils sont inaccessibles à ce moment-là c'est le conseil général qui transforme ça en signalement s'il n'y a pas lieu de faire quoique ce soit. Mais nous aux urgences ce n'est pas à nous de changer la façon dont on va...le degré de gravité parce que les parents sur le coup aux urgences sont opposants. Ce n'est pas parce qu'ils sont opposants au moment de la consultation qu'ils le resteront après et une fois effectivement que les choses vont être discutés avec l'assistante sociale je pense qu'ils comprendront un peu les tenants et les aboutissants du risque de l'opposition à la démarche on va dire.

BC : et heu est-ce que les propos des enfants, alors évidemment à pondérer avec l'âge, c'est un élément qui peut être important aussi dans la décision ?

P : Ah oui, oui, bah complètement, c'est vrai que du coup notamment sur tout ce qui est situations d'abus sexuels où on a souvent pas grand-chose hein à part dans les vrai viols où on peut avoir des signes mais sinon la plupart des situations d'abus sexuels ce sont des faits rapportés et ce sont des faits qui vont être rapporté par l'enfant et ce sont des choses qui sont dites et redites de manière heu... enfin sur des choses qu'ils ne peuvent pas inventer où ils sont à un âge où ils ne sont pas censés avoir accès à ça c'est inquiétant hein bien sûr.

BC : et vous avez un âge un peu charnière à partir duquel vous commencez à porter plus de poids à leurs propos ou ...

P : bah déjà ça va dépendre de comment l'enfant parle et puis après, tout dépend de l'interprétation aussi quand l'enfant à 3 ans dit « papa, il a fait mal à la coucouche » bah tu ne peux pas interpréter ça il peut très bien avoir mis de la crème ou juste en nettoyant. Par contre un petit de 5 ans qui te raconte que « papa il a mis son zizi dans les fesses, que ça a fait mal et qu'il a pleuré » enfin là ça a du poids même s'il n'a que 5 ans. S'il parle bien et s'il y a vraiment des choses avec un comportement en plus qui s'est modifié je crois que tu ne peux pas ne pas...à partir du moment où le discours est bien fait et que les propos sont inquiétant il faut en tenir compte.

Après quand on fait un signalement sur les suspicions d'abus sexuels, on n'est pas obligé de prouver qu'il y a eu abus. Les suspicions d'abus sexuel sont censées être signalées, ce n'est pas parce qu'il n'y a aucune trace que tu ne dois pas le faire. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas eu un viol que tu ne dois pas le faire, n'importe quelle chose sexuelle inadaptée à l'âge de l'enfant qu'il a subi est un abus sexuel jusqu'à preuve du contraire. Si tu es dans le doute de savoir si...c'est vrai qu'il y a des situations où vraiment on n'y croit pas du tout ou alors on ne peut rien en faire, comme je te disais les petits de 3 ans c'est souvent les 3-4 ans et puis il ne raconte rien, l'enfant n'a pas de trouble du sommeil, il va bien, il mange bien, il rentre juste de chez sa mère enfin voilà quoi. Maintenant si...

Pause car quelqu'un est rentré dans la pièce.

BC : Oui donc de toute façon les suspicions....

P : et donc du coup oui ça doit être même si quelqu'un qui te raconte une histoire qui peut être compatible avec un abus sexuel tu es normalement obligé de signaler.

BC : on ne peut pas les négliger quoi.

P : bah non, si ça te paraît cohérent, ou en tout cas inquiétant ce n'est pas censé être un RIP c'est plutôt un signalement.

BC : oui donc en fait l'abus sexuel c'est encore une catégorie à part, c'est que là vraiment le moindre doute doit faire générer une démarche quoi.

P : si on a vraiment des choses qui peuvent être effectivement crédibles oui.

BC : contrairement au...parce que je sais que pour les signalements autrement, durant les autres entretiens que j'avais pu faire on était sur le fait d'avoir des faits avérés donc une fracture, un hématome, c'est là qu'on allait y aller et là c'est encore différent quoi.

P : ah oui je pense que tout ce qui est abus sexuel tu es normalement dans une formation où justement tu ne peux pas, tu ne vas pas attendre que l'enfant soit violé pour signaler, enfin je veux dire tu peux avoir des enfants qui subissent des choses régulièrement sans avoir rien physiquement. Rien que de regarder, d'imposer à un enfant de regarder des images pornographiques c'est enfin voilà ça concerne de l'abus sexuel donc il y a, c'est une forme qui est complètement particulière parce que justement tu n'as pas forcément de signes cliniques ou de chose à l'examen clinique. Donc je pense que l'on est effectivement, l'abus sexuel est un peu à part, après tu as tout ce qui est maltraitance avérée ou bah c'est vrai que des fois on a beaucoup de choses où nous aux urgences on n'a pas forcément, on va avoir des éléments d'inquiétude : le sousdural, la fracture, les hématomes. On va faire une démarche d'hospitalisation pour poursuivre les examens, radio de squelette ou scinti, discuter fond d'œil, scan si on a d'autres choses. Le dossier est complété pour être étayé, on a des éléments d'inquiétude, il y a le signalement qui est fait ou au contraire on est plutôt rassuré et si c'est juste quelques hématomes chez un tout petit ou autre bah l'enquête sociale est faite et on voit une fois qu'on a éliminé les troubles de coag en fonction de tout ça on voit si on fait un RIP ou pas.

BC : on avait fait une petite liste de situations, alors je sais très bien que c'est du cas par cas et que du coup ce n'est pas forcément facile de trancher comme ça mais pour voir un petit peu vers quoi les gens tendent suivant les entretiens. Heu alors vers une situation où vous êtes plutôt sur une négligence éducative ou des négligences un peu sur le plan social ?

P : RIP.

BC : sur un bébé secoué ?

P : signalement.

BC : et sur des lésions un peu floues qui ne sont pas...

P : bah c'est ce que je te disais quand c'est un peu flou souvent on essaye de voir les parents pour une hospitalisation. Le temps de vérifier deux-trois petites choses et puis de voir si on a des éléments que l'assistante sociale ait le temps de venir mener un peu son enquête et puis que l'on voit un peu vers quoi on tranche.

Soit on a des éléments de gravité qui font peser dans la balance le côté « il se passe quelque chose d'avéré » et puis le comportement des parents en hospitalisation c'est toujours intéressant aussi et à ce moment-là bah on va vers un signalement. Si par contre les parents paraissent cohérents, adaptés et qu'il n'y a rien sur le plan social, que l'on a fait quelques examens et qu'il ne se passe rien bon bah on va être vigilant mais peut-être que l'on sera plutôt sur un, on se dira est-ce que l'on fait juste un RIP et que l'on explique aux parents que...

BC : et est-ce que vous voyez au fur et à mesure de l'avancée de votre carrière une modification dans la manière de gérer ces situations-là ? Plus vous y êtes confronté finalement est-ce que vous avez vu un changement de manière de faire en fonction des situations ou... ?

P : bah je pense que l'on est plus à l'aise au fur et à mesure où l'on avance c'est sûr que déjà dans la détection probablement et puis après dans le rapport avec le gens, comme on le disait de faire une fiche de liaison parce qu'on est inquiet d'une situation heu dès fois on a du mal à dire aux parents « moi je suis inquiète de ce qui se passe » donc c'est plutôt la fiche ou le RIP un peu dans le dos ou finalement les parents se retrouvent un peu en porte-à-faux et on crée un peu plus de situations difficiles pour ceux qui vont suivre. Après c'est vrai qu'on peut expliquer les choses pour essayer au contraire d'aider, je crois qu'il y a pas mal de situations où on se rend compte que quand on arrive, bon il y a des négligences socio-éducatives, il y a déjà une part qui est liée au milieu social mais il y a aussi pas mal de situations quand on voit des situations de bébés secoués ou autre heu dès fois on se dit « bah mince on n'a pas réussi à prévenir ça ». On n'a pas fait notre travail suffisamment bien que ce soit nous ou le médecin pour éviter que les parents se retrouvent dans cette situations-là. Il y en a certains qui ne sont pas, ce n'est pas forcément...ça peut ne pas être volontaire d'infliger quelque chose de...et je pense qu'il faut essayer de travailler avec les parents qu'il faut essayer de prévenir et d'entendre leur difficulté et que toutes ces situations-là peuvent être le reflet de leur difficulté de soit de l'éducation soit de difficultés voilà avec leur enfant et que c'est une souffrance quelque part pour eux. On n'est pas obligé de les pointer du doigt quand même pour les aider après ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas. Mais c'est plus facile de leur dire avec de l'expérience quoi. Je pense qu'au fur et à mesure effectivement on est plus à l'aise là-dedans. Après là où on n'est pas très à l'aise c'est toujours quand on, bah les choses qui sont avérées notamment les bébés secoués on ne peut pas s'empêcher de se dire « bah ce bébé-là il a été secoué » maintenant on est en face de parents ou de la grand-mère enfin quelqu'un de la famille et il faut mener une enquête en discutant avec eux, savoir qui a la garde etc. et je trouve toujours très difficile de le faire sans que les parents sentent une accusation. Enfin qu'au fur et à mesure on avance dans l'interrogatoire et ils se doutent bien que l'on se pose des questions par rapport au milieu dans lequel l'enfant est et ça fait partie de notre boulot mais je trouve que c'est toujours très désagréable parce qu'il y a dès fois où les parents n'y sont pour rien et de se retrouver à faire ça même si ça fait partie du truc c'est trop. Enfin ça je trouve difficile, même avec l'expérience de rester neutre jusqu'au bout.

BC : et le caractère volontaire ou involontaire des lésions si graves soient-elles est-ce que ça peut limiter parfois les démarches ou au contraire si c'est volontaire aller plus vers un signalement ? Est-ce que c'est un élément qui peut jouer dans la prise de décision ?

P : je ne pense pas parce que je pense que c'est difficile à évaluer d'emblée en fait hein de savoir dans quelle situation si c'était volontaire ou involontaire. Si l'enfant n'est pas suffisamment en danger pour rentrer chez lui difficile d'évaluer hein. Et de doute façon même si c'était involontaire ça veut dire qu'il y a quand même des situations qui restent fragiles donc ça ne change pas. Non je ne pense que ça ne change pas le niveau de signalement.

BC : est-ce que vous avez des retours un peu sur toutes ces démarches-là que vous avez pu initier ?

P : heu on a enfin on a tendance à se renseigner oui donc après on se renseigne savoir comment s'est passé la fin de l'hospitalisation, les résultats des examens, savoir si le signalement a été fait. Maintenant on n'a quasi aucun retour du post sortie d'hospitalisation. Moi j'avais rencontré du coup un magistrat à Brest où on avait discuté parce que c'est moi qui avait réécrit le protocole et on avait discuté, enfin on avait vu les assistantes sociales etc.

Sur tout ce qui était maltraitance et du coup dans ce cadre-là on avait rencontré le magistrat et c'est vrai que l'on avait discuté en disant « c'est vrai que nous on a peu de retour de ces situations-là et que s'il y a des choses à modifier dans le lien entre le parquet et l'hôpital ça pourrait être intéressant qu'une fois ou deux par an bah on ait un petit bilan ». C'est vrai qu'après il nous avait dit, il était prêt à le faire, il était intéressé et puis après les choses ne se sont jamais mis en place. Ce qui est bien dommage je pense parce que....

BC : ça pourrait oui vous pensez améliorer, faciliter ou être une aide en plus ?

P : oui et puis nous de voir un peu bah jusqu'où ça va et puis sur quoi ça va déboucher, c'est sûr qu'on a tous je pense quand tu disais « avec l'expérience est-ce que c'est plus facile » et bah avec l'expérience on se rend compte que notamment sur les bébés secoués heu on a tous des cas en tête ou on sait que l'enquête qui va être menée ne vas pas épargner les parents et que les gendarmes et le système en fait que les interrogatoires peuvent être assez chaud. Même si les parents ne sont pas du tout en cause etc. c'est vrai que ce n'est pas rien je pense de subir ça et on n'a pas envie de le faire à la légère parce que pour avoir entendu dès fois des parents qui remontent certaines situations on sait que ce n'est pas rien. Alors est-ce que c'est mieux que nous, on ne sache pas ce qui se passe après parce que nous ça ne nous arrête pas dans notre démarche ou est-ce qu'au contraire si on savait ce qui se passe après peut-être que l'on serait moins inquiets de savoir un peu qu'est-ce qui va se passer par la suite si les parents sont bien responsables de ce qui se passe je ne sais pas. Mais c'est vrai que l'on n'a pas trop d'idée c'est vrai sur le plan judiciaire de ce que ces parents...

BC : bah justement les gens sont assez partagés sur cette idée-là parce que justement est-ce que c'est mieux de savoir pour mieux prendre les décisions ou est-ce qu'au contraire ça peut si on voit qu'il y a des choses trop lourdes ou qui sont très traumatisantes pour les familles ça peut dès fois freiner les démarches alors que ça nécessiterai un signalement. Donc ce n'est pas toujours facile.

P : non et puis c'est vrai que moi j'ai une situation où je sais que l'enfant était rentré pour une fracture du fémur ou du tibia je ne sais plus c'était une petite puce, un nourrisson et en fait en chirurgie elle à convulsé, ils ont fait un scan et elle avait un sous dural en plus. Elle a fini en réa et les deux parents étaient infirmiers et en fait ils ont mené une enquête, les parents ne disaient rien, rien, rien et au bout d'un moment le papa a fini par lâcher que ben en fait sa femme s'alcoolisait régulièrement à la maison et elle a voulu prendre la petite, je ne sais pas ce qui s'est passé enfin bref et heu le père a été entendu et il a été traité comme un moins que rien, il a été mis en garde à vue pendant 24H. Lui n'y était pour rien il essayait de sauver sa situation familiale etc. et ça a été catastrophique, le papa était démolé. Donc entre sa gamine qui convulsait et qui avait quand même un pronostic modéré, sa femme avait eu...donc l'enfant est revenu au domicile, le jugement a fait que le père a récupéré la garde de sa fille et la mère a eu une obligation de soin par rapport à son tableau dépressif, alcoolique etc. et la mère a fini par se suicider derrière quelques temps après quoi. Donc c'est vrai que l'on se dit, bon là pour le coup le père a récupéré la garde de sa fille etc. parce que c'est aussi des situations où celui qui n'a pas secoué il n'y est pour rien quoi et je ne sais pas comment ils jugent ça derrière.

BC : ça c'était un retour officiel ou c'était parce que vous aviez eu le médecin ?

P : non ce n'était pas un retour officiel, je l'ai su par le papa ou par les gens du service qui avaient eu la suite.

BC : oui donc de toute façon c'est toujours par des liens avec des personnes qui sont intervenues mais ce n'est jamais un courrier résumé de la démarche. Et du coup justement pour non pas améliorer les choses mais optimiser les prises de décision est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent à l'esprit pour aider un peu dans ces situations-là ou aider le choix de ces situations-là ?

P : heu moi je pense que globalement, enfin comme je te dis, on est peu amené à faire des signalements sauf dans certaines situations qui le nécessitent vraiment d'emblée je trouve que les situations que l'on décrivait là de bébé secoué ou bien d'hématome avec des petites choses où ce n'est pas toujours facile etc. ou même avec des situations, je pense que c'est très difficile quand il n'y a qu'un seul médecin qui doit prendre cette responsabilité-là.

Je pense qu'il ne faut vraiment pas hésiter et à mon avis, il faudrait presque faire un mini staff en fait sur ces dossiers-là, en étant plusieurs médecins et en disant « voilà, de manière collégiale on décide de faire un signalement » et surtout éventuellement avec l'assistante sociale enfin ce sont des gens qui ont vraiment l'habitude de ce genre de chose et c'est vrai que nous parfois on peut être un peu démuni ou hésitant et ils peuvent être de super bon conseil et bah je pense que tu as eu N.J. en entretien et je pense qu'il y a eu des fois où c'est difficile quand tu es gentil que tu n'as pas envie de briser quelque...oui donc ce qu'on disait c'était effectivement de faire ça sous forme de mini staff et de prendre une décision collégiale à plusieurs médecins qui permet effectivement de...ça dégage peut-être la personne qui va faire, qui va mettre son nom en bas du signalement mais au moins d'une partie de, enfin qu'il sait qu'il n'a pas été seul à décider pour l'enfant et la famille quoi.

BC : oui et justement dans certains entretiens que j'avais pu faire avec d'autres pédiatres il y avait des démarches ou ça pouvait être gênant pour certains enfin ça pouvait poser plus de difficultés.

P : après le problème aussi c'est que finalement quand on se retrouve à faire un signalement il faut aussi une hospitalisation sauf si ce n'est vraiment pas en faveur de l'enfant mais normalement les parents vont être informés qu'il y a un signalement qui a été fait je pense que c'est difficile que ce soit quelqu'un d'autre que la personne qui signale, qui informe, je pense que c'est compliqué. Je pense que c'est compliqué pour eux là-haut quand tu signales et que c'est un peu contre les parents qui sont en face quoi. Quand tu fais un signalement sur un abus sexuel et que la gamine elle a subi des choses, elle adhère à ton signalement voilà tu n'es pas en conflit avec la famille quand tu vas signaler au procureur que cette enfant elle a subi des choses parce que ça va ouvrir l'enquête et donc tu accompagnes la famille dans cette démarche. Alors que là tu es contre la famille et c'est vrai que ça, c'est compliqué.

BC : ok alors si dans certains entretiens que j'avais pu avoir il y avait une notion que parfois les RIP, alors encore une fois c'est à pondérer avec le fait que vous soyez aux urgences et que du coup vous n'en faites pas forcément mais le RIP sont parfois des démarches qui prennent un peu trop de temps, le signalement est une démarche qui est lourde de conséquence et du coup j'ai une des pédiatres qui m'avait parlé d'une idée de faire une démarche qui irait un peu plus vite mais qui serait moins, enfin une démarche un peu intermédiaire.

P : heu alors moi je pense que si tu fais un RIP tu n'es pas dans une situation d'urgence et que si tu fais ton RIP tu n'es pas obligé de le faire à la seconde où la famille est sortie, tu peux garder ton dossier, tu peux appeler l'assistante sociale le lendemain, tu peux lui dire de passer un moment où tu as le temps et de faire ta démarche éventuellement tranquillement après quoi. On n'est pas dans une situation qui doit se faire à la seconde près quoi donc je ne pense pas que ce soit un problème de temps parce que finalement c'est aussi une fiche à remplir. Je ne suis pas sûre que ce soit beaucoup plus compliqué que le signalement par contre c'est vrai que l'on est tout le temps en train de courir donc on a tendance à vouloir que tout soit bouclé et puis voilà il faut le refaire en différé s'il y a besoin et puis si on hésite à prendre la décision de faire un RIP seul parce que c'est en garde et bah on garde le dossier, on se met en lien avec l'assistante sociale on discute, elle nous apporte des informations complémentaires et puis on voit ce que l'on fait quoi. Moi je trouve que nous on a vraiment la chance que bah de plus en plus quand on travaille avec elle bah on se rend compte que ça permet de s'appuyer, enfin c'est un partage de notre expérience à nous et de leur expérience à elles et puis de ce qu'elles ont comme infos et ce que nous on a et éventuellement ce que l'on a récupéré derrière et voilà c'est un travail d'équipe et normalement les RIP ils sont censés être fait enfin c'est bien dit hein c'est pluridisciplinaire enfin c'est quelques chose qui n'est pas censé être fait seul quoi et puis c'est toujours intéressant que l'assistante sociale, quand on va faire un RIP, le RIP il va être adressé au conseil général, si le conseil général ça fait 15 fois qu'ils voient la famille et que si ça se trouve il y a déjà eu un RIP de fait sur cette famille-là. Nous en tant que médecin on ne le sait pas ça quand on se pose la question de faire un RIP mais si l'assistante sociale mène son enquête et voit que le conseil général, où est-ce que l'on en est avec cette famille-là si la famille est connue, s'il y a déjà eu des RIP etc.

Bah permet aussi de savoir où on est et est-ce que ce énième RIP il va servir à quelque chose et est-ce que...

BC : si vous voyez justement qu'il y a une répétition de RIP ça peut vous amener à faire un signalement ?

P : je pense que, alors c'est vrai que nous on va faire un RIP parce qu'on ne va pas avoir d'éléments qui vont nous faire faire un signalement par contre si le conseil général reçoit encore un RIP je pense que le conseil général a le pouvoir de transformer au bout d'un moment ces RIP en signalement. Parce qu'il va y avoir un certain nombre d'éléments factuels sous la main, d'enquête et un nouveau RIP de l'hôpital qui donne des éléments supplémentaires pour aller plus loin si ça ne marche pas si la famille n'adhère pas quoi. Mais du coup je trouve ça intéressant de savoir où on en est que si on fait un RIP comme ça sans savoir.

BC : et justement donc là vous avez la possibilité de savoir avec l'assistante sociale mais est-ce que, parce que ce n'est pas toujours le cas, certains médecins parlaient de faire comme des courriers résumés d'hospitalisation, des courriers de prise en charge sociale qui seraient adressés aux différents médecins qui seraient intervenus sur enfin qui pourrait peut-être aider dans les situations.

P : alors je pense qu'il y a un gros problème de communication entre les différents, notamment le conseil général heu qu'est-ce que c'est qu'un RIP heu quel est leur travail, comment est-ce qu'elle procède enfin qu'est-ce que l'on attend d'un RIP et qu'est-ce que l'on attend du signalement ? Enfin je pense que ce sont des choses qui sont très mal connues des médecins et que du coup c'est un risque de flou artistique qui fait que voilà et peut-être aussi parce qu'il n'y a pas assez de gens du conseil général qui viennent expliquer leur travail et leurs démarches et qu'est-ce qu'ils font et comment ils font adhérer la famille etc. Quand on sait ce qui va se passer après le RIP, c'est plus facile d'expliquer à la famille « voilà moi j'ai fait remonter une information préoccupante parce que je suis inquiète de votre situation, le conseil général va venir voir un petit peu comment ça se passe à la maison, ils sont là pour aider, voir s'il y a des situations à risque etc. ». C'est plus facile de savoir ce que ça va engendrer quoi donc je pense qu'il y a le problème de communication effectivement entre, et que ça, ça pourrait s'améliorer.

BC : et donc en articulant un petit peu mieux tout le monde ça pourrait aider à prendre les meilleures décisions ?

P : ouais donc ça veut dire soit un retour sur les RIP effectivement qui ont été, ça pourrait être effectivement un petit courrier de synthèse quand il y a un RIP qui a émané de l'hôpital par un médecin et un groupe si on a dit l'assistante sociale, le médecin etc. Bah qu'il y ait un courrier de retour systématique alors ça existe peut-être déjà et ce sont les assistantes sociales qui le reçoivent je n'en sais rien maintenant c'est vrai que nous on a très peu de retour après sur la suite qui a été donnée sur, de l'enquête, du RIP...

BC : c'est à vous de faire, en fait si vous voulez des nouvelles...

P : ah oui c'est à nous de faire la démarche, ouais. Et qu'est-ce qu'ils ont pu proposer à la famille et qu'est-ce que... donc ça oui c'est sûr que je pense que... Et on n'a pas mal d'internes qui enfin une fois par an on a des internes qui pendant un mois pendant leur semestre vont à la PMI et ils ont été effectivement amenés à voir comment ça se passe les démarches de RIP etc. Et notamment il y en a une le semestre dernier je crois qui avait fait une présentation au staff pour, bah justement pour expliquer parce qu'ils ont vu un peu comment ça se passe, qu'est-ce qu'il faut attendre etc. et c'est toujours intéressant je pense pour les autres collègues qui n'ont pas l'occasion d'y aller et ils sont en général contents de voir cet autre fonctionnement de l'extérieur.

BC : et heu alors donc du coup si on résume pour conclure un peu les éléments qui sont utiles pour la décision : l'assistante sociale c'est une personne qui est assez importante qui est même capitale pour vous aider dans ces démarches-là, le fait d'avoir aussi un médecin qui serait orienté plus sur de la pédiatrie sociale c'est quelque chose aussi qui peut vous aider parce que il est...

P : c'est très utile dans le sens aussi ou ce sont des consultations qui sont hyper longues et qui arrivent au moment souvent d'un rush aux urgences ce qui fait que l'on n'a pas toujours le temps de d'y passe deux heures et donc c'est quelqu'un qui va pouvoir prendre ce temps-là et qui fait que ça peut être utile de quelqu'un qui est extérieur et qui gère ça d'une façon plus adaptée avec plus d'expérience aussi là-dessus.

BC : le fait d'hospitaliser aussi c'est un élément qui vous aux urgences va vous aider pour temporiser puis se donner le temps de voir pour avoir tous les éléments pour prendre la meilleure décision. Ici vous utilisez facilement les fiches PMI aussi pour pareil sans forcément initier une démarche mais au moins, enfin sans forcément faire de RIP ou de signalement mais au moins déclencher une petite enquête qui va peut-être aboutir.

P : ouais alors il y a deux choses, on a les fiches PMI qui vont être pour les moins de 6 ans, on sait que ça va à la PMI, donc ça va à la PMI quoi donc c'est vrai que ça peut être pour repeser, voilà des petites inquiétudes mais si on est vraiment embêté par quelque chose plus dans le côté maltraitance ou plus pour une situation sociale un peu délicate, on va plutôt faire une fiche ce qu'on appelle « protection de l'enfance » et notre fiche protection de l'enfance elle reste en interne, elle ne va pas à la PMI, elle ne va pas au conseil général, elle va à l'assistante sociale ou à Mme L.B., la pédiatre de la pédiatrie préventive en fait, voilà donc on a deux fiches différentes parce que l'on sait que chez les plus de 6 ans de toute façon la PMI ne s'en occupera pas et donc c'est vrai que c'est plutôt une fiche interne. Après il y a le RIP et ensuite il y a le signalement voilà on a quatre niveaux.

BC : oui donc en fait vous avez deux niveaux qui ne sont pas prévu forcément dans ces textes de lois que vous utilisez aussi un peu en amont avant d'aller sur ces démarches-là.

P : tout-à-fait !

BC : tout le corps de métier plutôt social donc l'assistante sociale, les médecins plutôt spécialisés là-dedans c'est vraiment une aide importante pour le fonctionnement de ça sur l'hôpital. Heu donc les médecins traitants et la PMI, ce sont aussi des éléments qui peuvent vous aider à trancher, le milieu scolaire plutôt par les assistantes sociales. Les situations d'abus sexuels sont des situations un petit peu à part pour lesquelles vous n'avez pas vraiment d'hésitation en fait parce qu'il faut obligatoirement une enquête.

P : si on a des choses inquiétantes oui. Et si on a des choses un peu entre deux, et qu'on ne sait pas trop, que ça nous paraît un peu bizarre et que l'on n'a pas envie de lâcher complètement ça va être toujours la pédiatre de la pédiatrie préventive, Mme L.B. qui reverra la situation et qui verra à ce moment-là si la situation.

BC : donc en fait les abus sexuels c'est vraiment la seule situation où pour une situation floue justement vous allez insister, enfin...

P : être peut-être plus incisifs.

BC : voilà c'est ça, plus vers un signalement alors que justement autrement quand c'est flou on va plutôt sur un RIP dans un premier temps quoi.

P : oui, ouais, ouais. Alors en fait on a tendance à refaire voir avec Mme L.B. et en fonction de ce qu'elle va avoir, soit elle n'a aucun autre élément et ça tombe à l'eau soit on a vraiment des éléments inquiétants et voilà normalement une suspicion d'abus c'est signalement. Voilà.

BC : heu bon, je pense que l'on a un peu fait le tour, est-ce que vous voyez des choses à rajouter par rapport à tout ça, je ne sais pas des choses qui pourraient améliorer, faciliter les démarches ou d'autres éléments dont on n'a pas parlé forcément ?

P : non je trouve qu'enfin voilà ici c'est vrai que globalement on a la chance d'avoir ces appuis-là et c'est vraiment une aide parce qu'on sait que l'on n'est pas toujours obligé de tout décider tout de suite. Mais c'est quelque chose qui reste toujours difficile et délicat et surtout quand on est seule et je pense qu'il faut essayer de ne pas se retrouver dans des situations où on est le seul à décider ou dans des situations où, enfin essayer le plus possible de faire ça de manière collégiale et qu'il y ait plusieurs personnes qui puissent discuter du dossier avant de décider si on hésite ou...

BC : oui c'est ça la décision en équipe c'est primordial.

P : ah oui ! Enfin moi je trouve que c'est, j'imagine en hospice enfin moi je serai en hospitalisation, je pense que je serai contente de partager des situations avec les collègues en disant « bah là écoutes on est d'accord on signale quoi » et ne pas se dire je suis seule face à la famille et on est tous d'accords que l'on aurait fait la même chose. Donc ça conforte l'idée de dire « bah j'ai raison de le faire » et donc on y va quoi.

BC : et puis ouais ça peut faire pareil avancer un peu évoluer un peu les gens aussi parce que l'on s'aide un peu de la manière de voir des autres aussi quoi.

P : oui tout à fait !

BC : Ok bon je pense que je ne vais pas vous déranger plus longtemps. Merci

Entretien n°10

BC : du coup, heu, pour commencer est-ce que tu as en mémoire des situations de RIP ou de signalement qui ont été particulièrement marquantes au cours de ta carrière ?

Pédiatre : Heu oui.

BC : et heu par exemple, ça c'était présenté comment ?

P : c'est à dire pourquoi c'était marquant ou quelles étaient les situations ?

BC : ouais bah les deux en fait.

P : bah en fait le dernier signalement que j'ai fait c'était un myopathe qui se faisait taper par son beau-père et donc la situation elle-même moi m'avait marqué parce que déjà qu'il ne pouvait bouger que la tête et il se faisait frapper par son père pour moi c'était particulièrement difficile comme situation.

BC : et du coup ça c'était présenté de quelle manière ? Enfin comment vous aviez su, comment l'équipe avait vu ce truc-là ?

P : Heu il est venu pour une autre raison et en fait il avait des hématomes sur la cuisse, sur le front, sur le visage heu et en fait heu comme il a en plus un retard intellectuel on a eu du mal à expliquer ça et en plus c'était impossible qu'il se soit fait tout seul des hématomes et donc on a pris du temps pour l'interroger en y allant tranquille et puis il a finalement avoué avec ses mots que bah quand il appelait bah il se prenait une claque...Donc je l'ai appris comme ça enfin on a réussi à lui, enfin il nous a dit comme ça c'était passé et donc à l'issue de là moi j'ai donc décidé de faire un signalement au procureur directement sans faire de recueil d'information préoccupante parce qu'il avait plus de 18 ans lui donc c'était à la limite de...mais comme il était considéré comme personne vulnérable et comme je suis son médecin enfin l'un de ses médecins traitants. Voilà ça c'est le dernier que j'ai fait et un qui m'a un peu marqué parce que un myopathe déficient intellectuel, se faire taper c'est quand même.

BC : et donc là pour le coup dans cette situation-là il n'y avait pas vraiment...le choix entre les deux ne s'était pas vraiment posé c'est à dire que c'était assez évident ?

P : oui, non je n'ai pas hésité hein je crois que l'assistante sociale voulait juste faire un RIP et moi je trouvais ça tellement immonde comme...donc je me suis dit « je vais faire un signalement au procureur » chose que j'ai faite et je ne sais pas ce qui s'est passé ensuite.

BC : et oui du coup vous n'avez pas su ?

P : non, il est sorti, il est rentré avec sa maman et on n'a pas eu de nouvelles ensuite. Je ne sais même pas si le procureur la reçu en fait, enfin je l'ai su de façon détournée mais moi je n'ai pas eu le retour de bah heu « vous avez fait le signalement ». L'assistante sociale par moyen détourné m'a dit « oui, oui ils l'ont reçu au bureau du procureur » mais c'est tout.

BC : et du coup il y avait heu, une discussion quand même avec l'assistante sociale pour cette démarche-là. Et vous le faites systématiquement ?

P : toujours oui. Systématiquement je la contacte et on en parle ensemble. C'est vrai qu'après elle se met en contact avec la PMI, avec les structures qui s'occupent des enfants et nous dit déjà les retours, ce qui se passe, et c'est vrai que ça n'aide pas mal au choix entre RIP et signalement quand on a des situations un petit peu limite.

BC : et justement, en tête là tu as des situations un peu limite qui te reviennent ?

P : un peu limite ? Entre RIP et signalement heu, je trouve que finalement on sait très vite ce que l'on va faire en fait, je pense qu'au début de ma carrière j'hésitais entre les deux, après le RIP moi je le fait souvent, enfin souvent, je le fais de temps en temps quand il s'est passé quelque chose mais il n'y a pas de, c'est peut-être que de la négligence ou un refus, enfin un refus de soin ouais, mais dès qu'il y a maltraitance maintenant moi je fais un signalement parce que je sais que le RIP il ne se passe rien quoi. La majorité des cas il ne se passe rien. Ou alors si je fais des RIP quand c'est des enfants « bourrés par exemple » enfin qui viennent alcoolisé ou qui ont été laissé tous seuls ou heu ils ont eu un accident ou quand il y a une suspicion de ...

BC : oui tout ce qui est avéré ce serait plutôt un signalement.

P : oui signalement, suspicion de ou quand il y a des hématomes et que l'on ne sait pas qui est responsable, ou si ça peut être la nounou enfin quoi que non la nounou je ferai un signalement mais quand il y a des situations peu claires ou peu évidentes je fais toujours un recueil d'information préoccupante.

BC : et heu donc oui c'est moins difficile avec l'expérience de faire des signalements ?

P : oui, bah en fait c'est surtout que grâce à l'assistante sociale et le retour que l'on a on voit que quand on fait un RIP, finalement il n'y a pas grand-chose qui suit alors parfois il y a des aides, des mesures éducatives mais quand il y a vraiment un doute sur le danger, la mise en danger, ce n'est pas ça qu'il faut faire quoi.

BC : ouais c'est ça, c'est que ce n'est pas assez rapide finalement pour aider l'enfant quoi.

P : je pense que quand vraiment il y a maltraitance avérée, signalement et après tout ce qui est situation un peu « border » d'enfant laissé seul et tout ça, ouais une mesure éducative, ou une tentative de suicide dans des situations un peu particulières où les parents sont peu investis ou ne se rendent pas compte, là on fait plutôt recueil d'information préoccupante ou des enfants qui ne mangent pas assez je ferais peut-être plus un recueil d'information préoccupante. Ça dépend du degré de dénutrition. J'en ai eu un là où l'on voyait qu'ils ne s'en occupaient pas assez quoi, il avait la tête plate, il a une courbe de poids qui était...il était un peu sale, là j'ai fait un RIP, je n'ai pas fait un signalement parce que les parents étaient jeunes, ils ne se rendaient pas bien compte donc c'était plus dans la démarche de les aider à élever leur enfant.

BC : oui donc c'est ça le RIP c'est plus quelque chose qui va aider à aider les parents qu'à protéger l'enfant.

P : pour moi c'est ça oui, aider la famille en difficulté, résoudre des situations compliquées.

BC : et en dehors de l'assistante sociale il y a d'autres professions avec qui vous êtes amené à interagir ?

P : la PMI, les psychiatres, après quand ils sont en institution, le médecin de l'institution et puis attend avec qui d'autre je pourrai bosser ? Oui non c'est tout. Je réfléchis aux autres RIP que j'ai fait. Les infirmières du service aussi, les aides-soignantes, les internes.

BC : et heu les médecins traitants vous les contactez des temps en temps pour heu...

P : alors rarement oui non rarement en fait.

BC : et parce que souvent ils ne sont pas trop au courant ou parce que ?

P : bah je pense que c'est une erreur de ma part de ne pas le faire quoi, je le fais mais pas assez je pense. Après on fait souvent aussi des RIP pour des enfants qui sont jeunes où les médecins traitants ne les connaissent pas forcément et puis il y a souvent du nomadisme médical chez ces patients-là qui vont en voir pleins ou pas du tout. Et du coup on n'a pas un référent, tu vois quelqu'un qu'ils vont voir régulièrement et donc c'est peut-être ça la raison.

BC : et est-ce qu'avec le milieu scolaire ça vous arrive d'avoir des contacts ?

P : alors oui évidemment, oui en plus ma femme est médecin scolaire donc heu je n'y pense pas parce qu'elle est médecin scolaire mais en fait ouais vachement enfin moi en plus je me sers d'elle facilement pour contacter la médecine scolaire en fonction. Depuis que ma femme est médecin scolaire ça a changé mon activité, avant j'avais une piètre image de la médecine scolaire mais maintenant qu'elle l'est je me rends compte qu'en fait c'est un super boulot et enfin moi je bosse pas mal avec eux.

BC : et oui systématiquement vous les contactez ?

P : Quand ils ont l'âge d'être scolarisé oui. Oui et on fait d'ailleurs des RIP pour des enfants qui ne vont pas à l'école, on le fait souvent, enfin moi j'en ai fait conjointement avec eux quoi. Quand on les a ici parce qu'ils ne foutent rien.

BC : et ça arrive que ce soit dans l'autre sens ? Qu'il y ait la médecine scolaire qui vous contacte aussi pour parler d'une situation compliquée ou... ?

P : heu ouais pas mal ouais, heu là on a eu des anorexiques, ils nous ont contacté pour nous demander un peu le projet, surtout les trucs psy en fait, tout ce qui est tentative de suicide, anorexie mentale et heu puis aussi maltraitance et une fois ouais grossesse.

BC : et oui donc tout ça, ce sont des éléments qui vont vous aider pareil pour prendre la décision justement pour le faire ou ne pas le faire et laquelle des deux faire quoi ?

P : oui. Après ça tout dépend de, parfois quand tout est déjà organisé, qu'il y a déjà un suivi, des mesures éducatives de prises et qu'ils viennent à l'hôpital, je vais plutôt prendre la décision de faire un RIP plutôt qu'un signalement parce qu'il y a déjà, tout est organisé, en disant « on va rajouter quelque chose » et que finalement si moi je le vois de façon ponctuelle, ce n'est pas moi qui vais décider de faire un signalement au procureur sachant que moi je suis juste un intervenant ponctuel dans une prise en charge qui est déjà...et je me dis que, en faisant un RIP, j'apporte une pierre de plus et puis qu'après il y a quelqu'un qui va décider.

BC : oui donc c'est vraiment plus une démarche d'accompagnement quoi.

P : quand déjà ils sont suivis par pleins de gens.

BC : et oui donc l'assistante sociale c'est une personne qui est assez importante dans ces démarches-là, qui est systématiquement sollicitée c'est ça ? Et elle peut vous aider ouais elle peut pareil orienter un peu la décision ?

P : ouais enfin elle conseille beaucoup, moi je ne suis pas toujours ces conseils mais on en discute toujours ensemble et c'est vrai qu'elle va apporter les infos que je n'ai pas du suivi, de ce qui est mis en place, et ça peut orienter vers le RIP plutôt que le signalement par exemple.

BC : et est-ce qu'avec d'autres médecins du service tu en discute facilement ?

P : Ouais là on a eu un dernier cas où on n'était pas d'accord sur la conduite à tenir, il y en a qui voulaient faire un RIP et d'autre un signalement c'était un hématome sous dural et donc on en a discuté ensemble pour prendre la décision parce que les médecins qui ont pris en charge au départ avaient fait un RIP et nous on était deux à ne pas être d'accord en disant « bah non ça ne relève pas du RIP, ça relève du signalement » et donc on s'est réuni et on en parlé et donc on a fait un signalement.

BC : et c'était sur quels éléments qu'ils avaient fait un RIP au départ alors ? Parce que souvent un hématome sous dural on dit que c'est quand même...

P : parce qu'ils pensaient que ça pouvait être juste accidentel et donc ouais, et en fait comme il y a avait des hémorragies au fond d'œil heu et un hématome finalement important pour un âge petit et bah on a dit « maintenant à cet âge-là ce n'est pas possible voilà » on sait qu'en plus un RIP parfois c'est un peu pris à la légère, on est quand même inquiets donc on a changé notre décision.

BC : et là ce qui a le plus aidé l'ensemble de médecins ce sont les examens complémentaires qui ont permis de montrer que c'était une affection plus grave que ce qui était présenté au départ quoi ?

P : oui, ouais, enfin on avait déjà les examens complémentaires, enfin c'est le... Je pense qu'il y a quand même une peur du signalement, enfin on a l'impression qu'en faisant un signalement, ce qui est vrai, on va chambouler une vie, une famille et que si on se trompe et bien c'est difficile. Je me souviens de des débuts, ça faisait deux ans que j'étais PH, j'ai fait un RIP chez une famille qui venaient pour trois fractures en l'espace de six mois donc j'ai fait le RIP, les parents sont parti et il se trouve que ce sont des amis de mon frère et quand je les ai croisés à un diner, la mère m'a limite insulté parce que je l'avais accusé de maltraitance, qu'après elle s'est pris des travailleurs sociaux.

Enfin je ne sais plus ce qu'elle avait eu, une mesure éducative enfin des gens qui sont venu fouiner dans sa vie et que bah ça l'avait bien traumatisée donc il y a toujours cette hésitation de se dire « est-ce que ce n'est pas trop important comme décision ? ».

BC : c'est ça qui est un des plus grands freins pour prendre la décision finalement c'est le devenir des ...

P : bah en fait on te demande parfois, alors que l'on n'a pas de certitude, de prendre position sur quelque chose. C'est à dire de venir acter « oui ce n'est pas accidentel, c'est infligé » et ça peut être un frein mais...

BC : et dans ces cas-là même avec le RIP ça avait traumatisé les gens ? Parce que c'est quand même plus ...

P : bah elle m'en voulait vraiment quoi.

BC : ça devait être sympa comme diner.

P : Oh ce n'était pas une sympa ...(rires) voilà mais bon c'est vrai que moi je me dis, on me ferait un RIP heu pffff, bon pas de bol il s'était cassé trois fois en six mois mais bon après je m'étais dit à l'inverse si je ne l'avais pas fait et qu'il y avait vraiment une maltraitance bah là je m'en serais voulu. Donc à posteriori je ne m'en veux pas de l'avoir fait en me disant bah « si ça recommence je le referais » car si jamais il est maltraité.

BC : oui donc c'est ça c'est plus dans ce sens-là où le choix va être difficile c'est quand on sait que c'est des choses qui vont changer la vie des gens quoi.

P : oui quand ils prennent la décision de faire une OPP ou...après parfois en plus ce sont des situations sociales compliquée donc des gens qui sont au chômage, on se dit que ça ne va pas les aider quoi.

BC : et du coup dans ce sens-là, je sais qu'il assez peu de retour enfin de ce que j'ai pu retrouver, il y a assez peu de retour sur les démarches qui sont faites et est-ce que vous pensez, est-ce que tu penses pardon que ce serait une bonne chose d'en avoir ou pas ?

P : ouais hmm.

BC : quand même plutôt ?

P : ah bah oui parce que finalement on ne sait pas ce qui se passe après quoi et heu enfin moi j'ai tendance à sous-estimer le RIP en me disant que finalement il ne se passe pas grand-chose et est-ce que ça sert vraiment à quelque chose. Alors je sais que parfois ça sert mais heu en fait on a des retours quand les enfants reviennent en hospitalisation c'est tout sinon on a aucune idée, enfin moi je n'ai aucune idée là du dernier signalement, je ne sais pas. Alors on en a quand c'est suffisamment grave pour qu'il y ait une enquête de police derrière où là on a un retour mais sinon non zéro.

BC : parce que finalement est-ce que ça ne freinerait pas aussi les démarches futures parce que du coup si on sait que ça, je ne sais pas si un parent a été emprisonné par exemple, est-ce que ça ne générerait pas comme sur la situation précédente des hésitations après à faire des... ?

P : après s'il est emprisonné c'est qu'il y a matière à quoi. Nous on ne fait pas l'enquête après, c'est la police qui fait l'enquête, qui va aller voir parce que finalement nous on décrit la lésion et on dit ce qui s'est passé ou on émet des hypothèses sur ce qui aurait pu se passer sans impliquer personne donc ouais moi je ne me sens pas, enfin s'il y a emprisonnement je ne pense pas que c'est moi quoi.

BC : donc à choisir ce serait quand même préférable d'avoir un retour vraiment détaillé sur ce qui s'est passé quoi ?

P : oui, à quoi a abouti le signalement ou le RIP ? Qu'est ce qui a été mis en place ? Et heu ouais après moi je ne demande pas à savoir qui est le coupable mais ...

BC : non c'est plus pour connaître les aboutissants des démarches quoi.

P : finalement on n'en a jamais hein. Là je ne sais même pas si le signalement a été, ce qui s'est passé, là il est rentré chez lui, je ne sais pas.

BC : il n'y a même pas un accusé de réception ?

P : non, après en plus parfois c'est compliqué, enfin à joindre le procureur c'est compliqué, quand vraiment l'enfant est en danger et que l'on a peur parce que les parents vont venir et vont partir avec, heu c'est compliqué parfois de le contacter quoi, surtout bah le week-end ou la nuit.

BC : parce que sinon c'est par l'assistante sociale que vous avez ses numéros-là quoi ? Donc si elle n'est pas là ça coince aussi un peu.

P : oui c'est compliqué, ouais bah c'est arrivé, des maltraitances où des parents veulent reprendre leur enfant et heu d'essayer de joindre le procureur par tous les moyens possibles et heu il y a un numéro mais alors parfois on tombe sur celui qui est d'astreinte qui n'y connaît rien et enfin moi ça m'est arrivé une fois comme ça de tomber sur, il m'a dit « bah faxez moi et puis je prendrai une décision Lundi ». Oui mais là on est samedi et c'est la nuit, si le père il vient avec, qu'est-ce que je fais quoi.

BC : oui parce que dans ces cas-là vous n'avez par le droit de les...

P : non on n'a pas le droit de les garder ouais bah s'il n'y a pas d'OPP. Si le procureur n'a pas dit qu'il nous le confiait bah finalement on n'a, enfin moi je n'ai jamais eu de personne qui soit partie avec son enfant de force mais, on trouve toujours un terrain d'entente, on arrive toujours a...

BC : c'est la crainte un petit peu quoi ? Et heu tu informes systématiquement les parents quand tu fais un RIP ou un signalement ?

P : Oui toujours ouais.

BC : et heu ça se passe heu ?

P : le RIP ça se passe toujours bien parce que je l'amène en disant que c'est pour les aider, qu'on est préoccupé, ce qui est vrai, que la situation est préoccupante heu et qu'ils vont être contactés pour avoir des mises en place d'aide, parce qu'il ne grossit pas, parce qu'il rate l'école, parce qu'il s'alcoolise. Les signalements je suis beaucoup moins bienveillant souvent, enfin ça dépend qui c'est hein mais heu enfin si en face on a la personne supposée responsable je leur dis que c'est suffisamment grave pour que l'on soit inquiet et qu'on ait peur pour la vie de l'enfant. Donc je leur informe quand même.

BC : et heu autrement est-ce que, alors suivant les âges est-ce les propos des enfants ça peut aider dans le choix de la réalisation d'un RIP ou d'un signalement ? Suivant l'âge qu'ils ont et la maturité qu'ils ont ?

P : à choisir entre RIP ou signalement ?

BC : ouais et même est-ce que c'est un truc qui peut inquiéter quoi ?

P : c'est à dire que l'âge serait un... ?

BC : bah non comment est-ce que vous tenez compte de l'interprétation, des propos des enfants pour ces démarches-là ?

P : ah oui, oh moi je les crois, enfin quand ils sont en âge de parler et d'expliquer heu je les crois d'autant plus facilement qu'ils sont petits en fait. Enfin petits, à partir de quatre ans quoi, quand ils sont capables d'expliquer qu'il s'est passé quelque chose je vais les croire. Enfin les croire, prendre en compte ce qu'ils m'ont dit. Après les grands souvent, les grands je ne suis plus l'interlocuteur principal, il y a souvent le pédopsy qui prend le, qui voit plus les grands et donc on travaille ensemble je trouve. Enfin dans les situations qui me sont arrivées c'est par le pédopsy après que l'on a eu des informations.

BC : et du coup le pédopsy c'est quelqu'un qui va être important aussi dans les démarches ?

P : oui.

BC : et donc ils interviennent plus chez les ados ?

P : bah je trouve que les situations font que c'est souvent le pédopsy qui, on a eu des grossesses bizarres ou des viols ou qu'est-ce que j'ai eu comme maltraitance chez le grand moi à part mon myopathe là mais bon là je n'ai pas eu besoin du psy. Heu ouais non je n'ai pas eu, enfin les situations de plus grands c'est à dire d'ados c'est toujours via le psy via une alcoolisation ou heu ...

BC : c'est parce que ça a déjà été un peu pris en charge par le ...

P : oui et puis je sais que le psy va le voir donc je me dis que ça ne sert à rien de multiplier l'interlocuteur donc je ne sais pas trop si l'âge de l'enfant rentre en compte dans ma prise de décision en fait.

Enfin ce qu'il va me dire quoi. Je trouve que ce qui est compliqué de répondre à ces questions c'est que chaque situation est unique en fait et qu'il n'y a pas de façon de faire. A chaque fois on se repose la question, on hésite, d'ailleurs on hésite toujours alors moi je trouve qu'avec l'âge j'hésite moins mais à chaque fois ça va dépendre du contexte quo.

BC : oui c'est ça c'est difficile de généraliser sur des situations aussi compliquées quoi. Mais heu, alors il y avait aussi, est-ce que le caractère volontaire ou involontaire des lésions ça peut être déterminant pour prendre la décision sachant que ce n'est pas toujours facile à déterminer.

P : ah oui ça veut dire que si on a l'impression que c'est involontaire ?

BC : oui, justement bah ça revient un peu à la situation de tout à l'heure où c'était peut-être accidentel heu ...

P : hmm, heu oui, ouais ça aide, se dire que c'est possible que ça soit fait de façon involontaire, si dans le mécanisme oui, ouais ça change, ouais ça peut influencer sur le choix du RIP quoi. Mais bon après là du coup ouais, c'est une décision que je ne prends pas tout seul, soit je demande si c'est neuro au neuro en disant « bon bah voilà ce qu'on a est-ce que ... ». Là on en a eu un dernièrement il est né, il est arrivé dans le service il avait deux hématomes sous duraux et des hémorragies rétiniennes et donc heu on étaient parti pour faire un signalement et finalement heu en reprenant avec les radiologues et les neuros, l'évolution du truc on s'est rendu compte que c'était juste l'accouchement avec les ventouses, l'accouchement traumatique, qui a entraîné ça et qu'il a un mois et que c'est possible, que tout ce qui s'était passé c'était possible parce que tout avait été de découverte fortuite en fait. Il venait pour autre chose et donc à postériori heureusement qu'on ne l'a pas fait parce que les parents étaient, déjà il était gravement malade donc ils étaient effondrés par l'annonce de la maladie grave qu'on leur faisait et en plus on leur dit « on suspecte une maltraitance » donc ça on leur a dit donc heu...bon moment. Et donc là, l'analyse fine du mécanisme des lésions a permis de dire bah, finalement on n'a même rien fait on n'a même pas fait de RIP.

BC : et du coup c'était l'association avec les différents spécialistes concernés qui a permis de trancher et de ne pas le faire en l'occurrence. D'accord, et c'est important aussi si on a l'impression que les parents sont volontaires pour les démarches d'aide et de RIP ou alors s'ils refusent complètement les démarches ça peut jouer un petit peu dans le choix ou pas ?

P : Tout dépend de la nature du traumatisme en fait. Enfin je veux dire même s'ils sont volontaires et qu'il a deux hématomes sous-duraux et pleins d'hémorragies et qu'il a quatre bah non mais oui, oui ça influe un peu s'il y a déjà des choses que l'on voit que les parents, il se rendent bien compte qu'ils sont venus spontanément, qu'ils collaborent, je vais plutôt faire un RIP, sauf si c'est trop grave quoi.

BC : et dans l'autre sens, si admettons c'est quelque chose qui pourrait relever d'une RIP au départ et les parents refusent tous les suivis et tout ça, ça peut amener aussi...

P : à faire plutôt un signalement s'ils veulent s'en aller, s'ils ne se rendent pas compte, s'ils sous-estiment la situation. Ouais ça on l'a fait, peut-être N. enfin tu as vu N. aussi elle a t'a peut-être d'un enfant, finalement il ne mangeait pas, enfin les parents ne lui donnaient pas à manger et je pense qu'au départ on a fait un RIP et on a bien vu que les parents revenaient à l'hôpital, on le voyait en consult mais il ne grossissait pas et il ne grandissait pas et finalement on a fait un signalement à la fin mais c'est vraiment l'attitude des parents qui a fait changer le...

BC : ça va avoir un rôle assez important aussi quoi. Alors on en a discuté un petit peu mais on avait fait une petite liste de situations alors c'est assez arbitraire mais pour voir vers quoi les différentes personnes tendent, heu donc sur des négligences éducatives du coup tu irais plutôt sur...

P : un rip, ouais.

BC : dans des situations de cadre de vie précaire, de milieux sociaux un peu défavorisés qui peuvent influencer justement sur le développement de l'enfant ?

P : heu, ça peut être du tout, ouais, plutôt un RIP spontanément je dirai un RIP mais après si vraiment c'est très précaire et qu'il y a une vraie négligence avec pas de prise de poids ou des enfants qui ont un retard important, un enfant qui n'est pas changé, pas lavé, la tête plate et qui ne grandit pas, là je ferai plutôt un signalement mais spontanément je ferai plutôt un RIP.

BC : ça marche, sur des syndromes du bébé secoué ?

P : là je ferai un signalement.

BC : et heu bah sur des lésions, admettons un enfant qui arrive avec des hématomes ou des lésions qui ne sont pas très claires, dont on n'a pas le mécanisme très clair ?

P : heu si c'est des lésions modérées je ferai un RIP et si c'est vraiment heu enfin après une fracture du fémur je pense que je ferai un RIP après s'il y a plus autre chose je ferai un signalement après parce que se casser le fémur quand on est petit c'est dur mais ça arrive dans les barreaux du lit, mais s'il y a ça plus autre chose voilà je pense que tout seul je ferai un RIP. Mais je pense que je fais plus de RIP qu'avant en me disant, je fais plus facilement un RIP en me disant bon ben au moins il y a une trace, il y a un truc s'ils reviennent, s'il y a une autre situation avec une autre équipe on se dit ben attention il s'est passé un truc même si finalement parce que le RIP au niveau conséquences légales, pour moi il n'y a rien mais ça permet juste de faire attention il y a eu un moment, on s'est posé la question, on se repose la question ben c'est qu'il n'y a plus de question quoi.

BC : oui c'est ça, c'est plus sur le choix entre ne rien faire ou faire un RIP tu fais plus facilement un RIP qu'avant quoi.

P : même si ça paraît contradictoire avec ce que j'ai dit avant en disant « j'ai une famille qui m'en a voulu beaucoup ».

BC : mais quand même ça permet déjà de mettre en place des choses quoi.

P : ouais puis moi je leur dis « voilà on est préoccupé » je pense que je l'amène différemment en faisant moins « attention, on est sur vous, Big Brother » c'est bah « écoutez, c'est bizarre ce qui s'est passé, on est préoccupé, on voudrait savoir ce qui se passe, ce n'est pas habituel » et souvent quand ils sont petits avec la PMI ça se passe super bien. On leur amène la PMI comme ça en disant ben voilà « il ne faut pas prendre la PMI comme un organisme de surveillance ».

BC : et est-ce que ça vous arrive de faire des, enfin ça t'arrive de faire des démarches ou d'aller engager des démarches sans faire de RIP ? Par exemple de mettre déjà, de contacter déjà la PMI ?

P : oui alors on fait des fiches de liaison avec la PMI heu donc ça je le fais régulièrement et puis je propose des suivis aussi PMI avec des enfants qui ont, on voit un peu des carences de développement ou de prise en charge mais souvent quand les parents sont jeunes ou quand ils ne se rendent pas bien compte ou quand ils sont un peu perdus ou au niveau social c'est compliqué.

BC : oui donc c'est une autre alternative avant d'aller faire une démarche un peu plus officielle quoi.

P : je pense que dans l'échelle il y a la PMI, le RIP, le signalement. Enfin la PMI si l'enfant est petit, jusqu'à...

BC : et heu, bah ça on en a déjà parlé un petit peu du coup, le fait qu'avec l'expérience, avec la carrière, la perception des choses et les choix se font différemment aussi quoi ? Parce qu'il y a une répétition aussi ?

P : ouais je pense que l'expérience, la répétition et puis l'assurance aussi, la confiance en soi et puis même les expériences passées. L'avantage de l'hôpital c'est que l'on a un travail en équipe et dès que l'on a un doute ça change tout quand même, on va présenter le dossier on en parle entre nous et dès que l'on a un doute on prend la décision. D'ailleurs souvent les signalements on prend la décision à plusieurs avant de les faire.

BC : oui donc pour les RIP c'est moins mais sur un signalement il y a toujours un échange avec plusieurs médecins quoi ?

P : souvent ouais, à moins du truc énorme mais souvent il y a...

BC : ça marche et heu est-ce que tu as des choses que tu verrais nécessaires ou que tu verrais être des bonnes idées pour améliorer un petit peu ces démarches-là ou les faciliter ou heu d'autres choses qui seraient ... ?

P : heu, bah il faudrait que l'on ait des interlocuteurs un peu, que l'on se connaisse un peu je pense et puis bah un retour, et puis peut-être quelque chose de central qui pourrait gérer le...enfin ouais pour faciliter le truc ouais il faudrait pleins de truc en fait (rires).

Plus de connaissance du travail en équipe en fait, je pense que c'est ce qui manque entre...

BC : parce qu'avec le procureur c'est compliqué d'avoir des contacts et avec le conseil général vous en avez aussi ?

P : ah non, jamais non, enfin avec les PMI un peu après là ça simplifie parce qu'il y a une interne d'ici qui est médecin de PMI donc voilà c'est plus facile on se contacte plus facilement mais sinon heu non.

BC : ah oui il n'y a pas du tout de lien ok. Alors le fait d'avoir la possibilité d'en parler par exemple avec un médecin légiste ou d'avoir des conseils par rapport à ça, ça pourrait ?

P : ah oui alors ouais on en parle avec un médecin légiste alors on a déjà eu des formations et c'est vrai que c'était très bien avec, enfin c'était dur mais bien avec, mais c'était vraiment dans l'hyper grave quoi. Ils sont venus nous présenter des autopsies, des trucs, des machins, des photos donc ça c'est régulier je pense que ça revient tous les je ne sais pas combien d'années mais c'est plus à titre de formation, on n'a pas, enfin moi je n'ai pas d'échange avec des médecins légistes.

BC : oui c'est ça ce n'est pas vraiment interactif quoi.

P : non, ou alors quand il y a une enquête de police ou quand ils sont déjà venus faire des réquisitions de dossier où là on en a parlé.

BC : et heu alors je sais que dans un entretien on avait discuté d'une démarche éventuellement intermédiaire entre un RIP et un signalement parce que ça, alors ça compliquerait un peu les choses peut-être mais de faire une espèce de RIP d'urgence ou un truc qui serait un peu plus marqué que le RIP simple où ça prend du temps et où ça peu ...

P : ouais mais ça c'est parce que les services sociaux il sont débordés donc je pense qu'ils ont beaucoup trop de...enfin moi je pense que ça ne changerait rien il y a déjà deux trucs et puis si vraiment il y a un RIP d'urgence c'est un signalement quoi et à un moment il faut se décider quoi il faut avoir le courage de le faire.

BC : et est-ce que le fait d'avoir aussi des, on avait discuté de ça, d'avoir comme des courriers résumés d'hospitalisation, bah des courriers de démarche sociale, une traçabilité plus importante dans les dossiers par exemple, est-ce que ça pourrait aider aussi ?

P : oui bah du retour quoi ? Ça revient au même, c'est à dire que si l'on savait ce qui se passe même quand ils reviennent. Souvent quand ils reviennent, on a déjà du mal à obtenir, à savoir voilà qu'est ce qui est déjà mis en place et qu'est ce qui est...donc on repart dans une démarche et finalement on retombe sur les mêmes qui nous disent « bah attendez il y a déjà ça de fait ». Si on savait déjà on dirait « bah voilà, tu es revenu, il y a ça, on va recontacter... »

BC : et ça vous arrive de faire des signalements à plusieurs ?

P : non enfin il y en a toujours un qui signe mais après comme je te l'ai dit, souvent on en parle avant dans les situations compliquées. Le dernier que j'ai fait, avant de le faire j'en ai parlé avec une de mes collègues pour dire bah moi ça me semble justifié.

BC : ok. Du coup pour résumer un petit peu on va dire que les éléments assez importants, ce qui revenait surtout c'était le fait qu'avec l'expérience déjà les démarches étaient un peu plus faciles entre guillemets même si ce n'est jamais très marrant. Un des freins principaux c'était les conséquences que ça peut avoir sur les familles, ça c'est un élément qui peut du coup orienter mais un peu dans l'autre sens les choix. Le recours à l'assistante sociale et aussi le travail en équipe c'est toujours une chose qui est hyper importante dans ces démarches-là et heu il faudrait surtout améliorer la communication un peu avec le conseil général pour les RIP et le milieu judiciaire pour les signalements quoi et heu est-ce que tu vois d'autres choses autrement dont on n'aurait pas forcément parlé ou des éléments qui te reviennent en mémoire sur des situations qui t'ont aidé à choisir ou... ?

P : heu, je pense que l'expérience est importante et je pense qu'au début de ma carrière le signalement ça me faisait peur, bon d'abord moi ça m'embête à chaque fois je trouve que c'est toujours difficile, même de faire un RIP c'est toujours une décision difficile enfin encore plus un signalement.

Mais c'est d'avoir vécu des situations dures avec des enfants enfin des choses qui se sont mal passées, des enfants qui sont morts, ça m'a permis d'aborder ça plus facilement. Après je ne vois pas d'autre chose.

BC : alors si, il y avait une dernière chose avant, c'était au niveau de la formation des médecins en général et des pédiatres en particuliers est-ce qu'il y a un vide un peu ou... ?

P : bah à part « comment rédiger un certificat ? » on a rien eu hein notre promotion. Donc je ne crois pas me souvenir, même en DES de pédiatrie, on n'a pas eu ça. D'ailleurs avant de travailler avec eux, la PMI, la médecine scolaire moi je ne savais pas quoi ce que c'était alors tout ça se développe un peu plus maintenant mais moi je n'ai pas souvenir d'avoir eu de formation spécifique là-dessus.

BC : bah il y aura peut-être un travail à faire aussi un peu en amont pour...

P : ouais, même expliquer, nous apprendre ce qui arrive après, qu'est ce qui est mis en place, quel est le rôle de chacun, qu'est-ce qu'on peut attendre d'un signalement pour une telle cause ? Quels vont être les intervenants, je pense que ça relève, pas d'un truc départemental mais c'est vrai que l'on n'aura pas la même chose à Brest ou à Paris et avoir au niveau heu...enfin je fais ça, qu'est-ce que l'on peut proposer pour apprendre aux internes enfin même à nous ce qui arrive avec ça quoi.

BC : ça marche, bon est-ce que tu voyais autre chose à rajouter par rapport à tout ça ?

P : Non, non.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »



IMPRIME 3 – AUTORISATION D'IMPRIMER

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Monsieur Benjamin Camenen
Inscrit en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue : Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de pédiatres hospitaliers concernés pour le département du Finistère.

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

NON :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

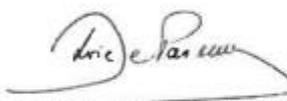
Brest, le 16 Octobre 2017

Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest



C. BERTHOU

Le président du jury de thèse



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE BREST
Département de Pédiatrie et Génétique Médicale
Professeur DE PARSCAU

CAMENEN Benjamin – Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère - 115 f. , 1 figure.

Th. : Méd. : Brest 2017.

RESUME :

Introduction : Il existe en France deux manières d'alerter face à une situation de maltraitance : l'information préoccupante et le signalement judiciaire. Parfois le choix entre ces deux moyens s'avère difficile. L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de pédiatres hospitaliers sur les sites de Brest, Morlaix et Quimper. L'analyse a suivi une perspective phénoménologique, en suivant les étapes de codage ouvert, axial puis sélectif. Le codage a été réalisé indépendamment par deux chercheurs.

Résultats : De Novembre 2016 à Juillet 2017, dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de pédiatres (7 femmes et 3 hommes). La saturation des données a été atteinte après le 9^e entretien. Les 4 axes de résultats étaient : la protection de l'enfance au cœur de l'activité du médecin, l'acte de signalement : un acte difficile, les facteurs influençant la décision de signalement et les outils pour améliorer les pratiques.

Discussion : L'analyse des résultats a permis de constater la présence de connaissances déjà existantes concernant la protection de l'enfance avec de nombreuses méthodes utilisées par les praticiens dans leur quotidien pour surmonter les difficultés des situations de maltraitance. Il reste un travail à réaliser dans le domaine de la communication entre les différents services intervenant dans la protection de l'enfance et notamment en ce qui concerne le retour sur les suites des démarches initiées par les médecins. La formation des praticiens est également un domaine de carence pour lequel des changements apparaissent nécessaires. Les limites de cette étude étaient un biais de sélection de la population et un biais d'information préalable des pédiatres.

Conclusion : Ce travail a permis de répondre à l'objectif principal qui était de mettre en évidence les différents moyens utilisés par les pédiatres pour surmonter les difficultés des situations de maltraitance et notamment celle du choix de la démarche la plus adaptée. La prise en charge pourrait être encore améliorée par un travail autour de l'interdisciplinarité des démarches.

MOTS CLES :

Protection de l'enfance

Maltraitance

Recueil d'information préoccupante

Signalement judiciaire

Médecine générale

JURY :

Président : Professeur Loïc De Parscau

Membres : Professeur Pierre Barraine

Docteur Marie Barais

Maître Hélène Daoulas, Maître de Conférence en Droit

Docteur Thomas Dailland

DATE DE SOUTENANCE :

26 Octobre 2017