



UNIL | Université de Lausanne

Observatoire maltraitance
envers les enfants

RAPPORT FINAL

PREVENTION ET DETECTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS DANS DES SERVICES D'URGENCES DU CANTON DE VAUD

Recherche rendue possible grâce au soutien financier du Fonds de développement de la prévention et de la promotion de la santé, Service de la santé publique du canton de Vaud

OBSERVATOIRE DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS (OME)
Institut des sciences sociales, Faculté des Sciences sociales et politiques
Géopolis, bureau 5123
Université de Lausanne
1015 Lausanne
+41 21 692 32 37

Direction : Prof. René Knüsel
Cheffe de projet : Dr Sarah Stauffer
Chargée de recherche : Camille Sigg et Céline Kosirnik
Stagiaire de recherche : Emilie Merminod

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Synthese	4
1. Introduction.....	6
2. Problématique	8
2.1. La maltraitance, une notion complexe.....	8
2.2. Les urgences, un lieu clé de détection	9
2.3. Obstacles au travail de détection.....	10
2.4. Quelques apports de la littérature sur la question.....	12
2.5. Objectifs de la recherche.....	16
3. Méthodologie de recherche.....	17
3.1. Choix des sites d'enquête.....	17
3.2. Phase exploratoire	18
3.3. Enquête de terrain.....	19
3.4. Traitement et analyse des données.....	22
3.5. Restitution et valorisation des résultats	23
4. Résultats.....	25
4.1. Portraits des services des urgences	25
4.2. Détection des mauvais traitements	34
4.3. Gestion des mauvais traitements	38
4.4. Perceptions des mauvais traitements.....	53
4.5. Restitution des résultats	64
5. Conclusions	67
5.1. Synthèse des principaux résultats et recommandations	67
5.2. Perspectives	69
6. Bibliographie.....	70
7. Annexes.....	74
7.1. Enquête de terrain : tableaux récapitulatifs	74
7.2. Guide d'entretien pour les entretiens exploratoires	76
7.3. Guide d'entretien pour les entretiens semi-directifs	77
7.4. Guide d'entretien pour les entretiens collectifs	83

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier en tout premier lieu les différents partenaires au sein des différents services d'urgence du canton qui ont répondu avec intérêt à ses sollicitations. Notre reconnaissance s'adresse en particulier aux médecins qui ont accueilli notre demande, ont entrepris les consultations internes, ont pris le temps de parler et de convaincre les équipes de l'importance de se joindre à la démarche proposée. Mais nos remerciements vont bien entendu à toutes les personnes, qui ont participé aux divers entretiens individuels et collectifs, qui ont permis de récolter les précieuses informations qui ont alimenté le présent rapport au sein des services d'urgence, dans les services d'ambulanciers, le CAN Team et ses « antennes régionales ».

L'équipe voudrait également adresser un merci particulier aux personnes qui ont lu le projet, l'ont évalué et ont décidé de le soutenir financièrement au sein du Service de santé publique de l'Etat de Vaud.

SYNTHESE

Le travail de détection de maltraitance infantile touche les professionnel-le-s de différents corps de métier, en autres du milieu hospitalier. L'hôpital joue un rôle déterminant dans le dispositif de lutte contre la maltraitance, en particulier les services des urgences. L'accessibilité et la pluridisciplinarité des services d'urgence semblent les placer dans une position privilégiée pour détecter les situations de mise en danger du bien d'un enfant. Néanmoins, des études montrent une sous détection des cas de maltraitance en ces lieux.

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment les infirmier-ère-s et médecins – principaux professionnel-le-s de la santé à qui revient le travail de détection en milieu hospitalier - réagissent face à des cas de mauvais traitements envers un enfant (avérés ou suspectés). Quels sont les critères de détection d'une situation de mise en danger du bien d'un enfant ? Quelles sont les ressources à disposition des professionnel-le-s de la santé ? Comment gèrent-ils les suspicions de maltraitance ? Mieux comprendre les méthodes de dépistage des mauvais traitements devrait permettre d'identifier de "bonnes pratiques" en la matière et faciliter le travail des professionnel-le-s, souvent désarmé-e-s face à ces situations délicates.

Pour répondre à cette problématique, l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants de l'Université de Lausanne s'est intéressé aux services d'urgence de quatre hôpitaux vaudois. Une démarche participative avec les principales personnes concernées a été privilégiée lors de l'élaboration de la problématique ainsi que la récolte des données. Des méthodes qualitatives de recueil de données ont permis d'obtenir des résultats sur les procédures et pratiques des professionnel-le-s de la santé en cas de suspicions de maltraitance envers un enfant. Des entretiens individuels et collectifs (de type focus group) ont eu lieu avec des infirmier-ère-s, des médecins ou encore des ambulancier-ère-s.

Les résultats montrent que la détection de mauvais traitements envers un enfant est une tâche difficile. Le personnel de santé manque souvent de ressources. En accord avec un récent rapport du Conseil Fédéral (2018), des lacunes et des manques peuvent être soulevés dans la formation des professionnel-le-s de la santé, dans les outils et informations à disposition ainsi que dans les procédures à suivre. De plus, on peut relever un besoin de clarification des rôles de chacun dans la prise en charge d'une situation (avérée ou suspectée) de mise en danger du bien d'un enfant.

Cette étude a permis une réflexion sur les pratiques des professionnel-le-s de la santé en cas de suspicions de maltraitance. L'équipe de recherche a pu identifier les dispositifs existants pour vérifier leur adéquation aux réalités actuelles. Des recommandations ont été développées pour faciliter le travail quotidien des professionnel-le-s de la santé face à cette tâche délicate de détection de maltraitance envers un enfant en lien avec l'obligation de signalement, ancrée dans la loi cantonale vaudoise sur la protection des mineurs. Venir en aide aux personnes dans le besoin est le rôle principal des services d'urgence. La

prévention et la détection de cas de mauvais traitements envers un enfant font donc partie de l'offre hospitalière.

1. INTRODUCTION

Les services d'urgence occupent une place privilégiée dans le paysage médico-social pour identifier les situations de maltraitance liées aux enfants. Ils sont accessibles 24 heures sur 24, bénéficient d'une riche pluridisciplinarité, d'un large plateau technique, ainsi que d'une fréquentation importante, en particulier des enfants âgés de moins de six ans. Or, des études mettent en lumière un phénomène de sous-détection en ces lieux : malgré un terrain à première vue favorable, un nombre notable de cas semble échapper à la sagacité des professionnel·le·s. Il faut dire que la tâche des infirmières, des infirmiers et des médecins – principaux professionnels à qui revient le travail de détection en milieu hospitalier – est plus que délicate. Ils-elles se sentent souvent peu outillé·e·s face aux mauvais traitements et se confrontent à diverses contraintes, notamment en termes de temps, d'enjeux interdisciplinaires et d'appréhension individuelle de la notion de maltraitance.

En se focalisant sur quatre structures hospitalières généralistes dans le canton de Vaud, notre équipe de recherche s'intéresse au travail de détection des situations de maltraitance envers les enfants par les professionnel·le·s des urgences. Lorsqu'un enfant est pris en charge aux urgences, à partir de quel moment et selon quels signaux l'éventualité des mauvais traitements entre-t-elle en considération ? Ces suspicions semblent en partie se constituer sur la base d'un « feeling » professionnel, qu'il est primordial de mieux comprendre afin de favoriser la détection de la maltraitance en milieu hospitalier. Cette recherche vise donc à essayer de mettre en lumière, en particulier, les composantes de ces « intuitions », pour participer à la compréhension et à l'amélioration des pratiques dans un contexte qui, a priori, se prête moins à la vigilance face aux maltraitements.

Dans une perspective de recherche participative, nous avons activement collaboré avec les principal·e·s concerné·e·s, et ce, tant sur la définition de la problématique, que sur ses possibles réponses. Notre objectif était ainsi d'aboutir à une série de recommandations, utiles pour les praticien·ne·s et généralisables à d'autres structures d'urgences du canton, tant publiques que privées. Notre démarche se voulait d'abord au service des professionnel·le·s concerné·e·s en s'appuyant sur leurs savoirs faire, leurs pratiques et leurs connaissances.

A travers cette recherche, l'Observatoire sur les mauvais traitements envers les enfants avait pour principaux objectifs de participer à l'amélioration de la détection des mauvais traitements envers les enfants et de faciliter le travail quotidien des professionnel·le·s en lien avec l'obligation de signalement, ancrée dans la loi cantonale vaudoise sur la protection des mineurs, depuis maintenant plus de dix ans.

Dans une première partie, ce rapport reprend et présente l'ensemble des informations rassemblées pour la conduite du projet. La partie 1 fait succinctement le point sur la question même des mauvais traitements et insiste sur l'importance de l'hôpital en tant que lieu de détection et de prévention. La partie 2 informe sur la méthodologie utilisée, les outils développés et sur l'état d'esprit dans lequel la démarche a été entreprise, la perspective adoptée étant celle d'une recherche-action pour laquelle les partenaires jouent un rôle essentiel dans la démarche en la coproduisant avec les chercheurs.

La partie 3 rend compte de la phase d'enquête proprement dite, c'est-à-dire de la collecte de données et de la période exploratoire qui l'a précédée. Ces pages présentent les démarches entreprises auprès des quatre sites d'enquête : les hôpitaux de Nyon, d'Yverdon-les-Bains, d'Aigle et de Lausanne, tant auprès des services d'urgences, que des services d'ambulances et des groupes interdisciplinaires spécialisés en matière de maltraitance infantile dans le canton de Vaud, communément appelés CAN Team (Child Abuse and Neglect Team).

La dernière partie offre des pistes de réflexions et débouche sur quelques recommandations dont la nature a été précisée en grande partie avec les personnes consultées et en particuliers celles qui ont participé à la présentation générale des résultats et ont accepté d'échanger leur point de vue, discuté quelques propositions et esquissé des pistes pour l'élaboration de recommandations.

2. PROBLEMATIQUE

2.1. La maltraitance, une notion complexe

En matière de violence subie, les enfants représentent une population particulièrement vulnérable, en raison notamment de leur état de dépendance important. Cependant, dans les faits, il est difficile de délimiter la notion de maltraitance, d'en définir les formes et d'en établir précisément l'ampleur. En Suisse, il n'existe malheureusement pas encore de statistique dédiée à la maltraitance, permettant de donner une idée quantitative unifiée du phénomène. Il faut donc se référer à différentes bases de données, avec un risque important de recoupements ou de zones d'ombre.

Pour tenter de remédier à ces lacunes, la Société suisse de pédiatrie recense depuis sept ans des statistiques sur la maltraitance identifiée dans des établissements pédiatriques du pays. En 2014, les cliniques pédiatriques ont enregistré 1405 cas d'enfants maltraités dans 21 cliniques, ce qui représente une hausse de 9% par rapport à l'année précédente (Wopmann, 2015). Parmi ces données, 20% des cas concernaient des enfants de moins de deux ans et trois bébés décédés suite à des mauvais traitements. Selon Markus Wopmann, responsable de l'étude, cette hausse s'explique principalement par une sensibilisation accrue des professionnel·le·s, notamment dans les écoles et dans les hôpitaux¹, ainsi que par le nombre croissant d'hôpitaux impliqués dans l'étude d'une année à l'autre. Il nous semble toutefois important de préciser que ces données ne sont ni complètes, ni représentatives. D'une part, leur signification gagnera en intérêt lorsque la série sera plus importante, et d'autre part, comme ce sont surtout les violences physiques qui semblent aboutir dans les services hospitaliers, les dossiers relevés dans les hôpitaux fournissent une vision partielle de la maltraitance².

En effet, aux urgences et à l'hôpital, ce sont principalement les maltraitements physiques et les abus sexuels qui semblent être détectés. « Les violences physiques comportent ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, secouement, et à l'extrême la mort de l'enfant » (Haute Autorité de la Santé, 2014). Les abus sexuels, quant à eux, consistent à « faire participer des enfants et adolescents, dont on a la charge ou développementalement immatures, à des activités sexuelles qu'ils ne peuvent pleinement comprendre et auxquelles ils sont incapables de consentir en connaissance de cause, ou bien à des activités qui violent les tabous sociaux attachés aux rôles familiaux » (Kempe, 1978). Ces types de mauvais traitements laissent tous deux des marques physiques corporelles, qui peuvent

¹ Le Temps du 06.06.2014, <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/89bde836-ed67-11e3-94a6-d5b9b6ae64b8>, consulté le 17.06.14.

² Les chiffres fournis pour 2015 montrent peu de variation. Markus Wopmann, « Nombre élevé stable de cas de mauvais traitements d'enfants » in *Bulletin des médecins suisses*, 2016, pp. 967-968.

être décelées lors d'un examen médical du corps.³ En revanche, « *les négligences lourdes concernent souvent les jeunes enfants et elles sont signées, à des stades différents, par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale et le nanisme psychosocial, ou encore, pour des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non-dispensation de ces soins* » (Haute Autorité de la Santé, 2014). Elles tendent à être plus complexes à déceler et nécessitent souvent un examen approfondi, tant physiologique que psycho-social.

Face à cette complexité et pour renforcer la vigilance hospitalière sur la maltraitance « qui ne se voit pas », le CHUV s'est par exemple muni depuis plus de vingt ans d'un CAN Team. Une équipe pluridisciplinaire se réunit hebdomadairement pour discuter des cas adressés par les services et évaluer les démarches opportunes. Un de ses représentants participe aux colloques d'autres hôpitaux, où sont également pris en charge des enfants. Des évaluations communes sont également effectuées avec l'Unité de médecine des violences (UMV), où le CAN Team se centre sur l'exposition potentielle des enfants aux violences conjugales et sur leurs conséquences à long terme.⁴

2.2. Les urgences, un lieu clé de détection

La reconnaissance et la prise en charge des enfants maltraités, ou en danger de maltraitance, sont des enjeux de société et de santé publique reconnus de nos jours, tant sur le plan national qu'international. Un solide réseau de protection autour de l'enfant s'est ainsi développé en Suisse depuis quelques années. Dans le canton de Vaud, le signalement des mineur·e·s en danger dans leur développement par les professionnel·le·s susceptibles d'être en contact avec des enfants et des jeunes dans le cadre de leur activité a été rendu obligatoire en 2004, dépassant des prescriptions fédérales en la matière. Une récente modification de la Loi sur la protection des mineurs (LProMin) en 2013 a assoupli cette obligation, notamment en supprimant la sanction pénale à l'encontre des professionnel·le·s en cas de non-respect de cette loi.

Un des enjeux actuels pour la solidification du réseau de protection de l'enfance est la détection précoce des mauvais traitements. Plus ceux-ci sont mis en évidence tôt, plus un soutien pour l'enfant et sa famille peut être rapidement mis en place et plus les conséquences néfastes sur le développement de l'enfant sur le long terme peuvent être limitées. Dans un récent rapport, le Conseil fédéral a souligné l'importance du repérage précoce de la maltraitance, ainsi que le rôle central des spécialistes et des structures professionnelles dans son efficacité (Schnurr, 2012). En effet, avant qu'une procédure de signalement ne soit initiée, il faut souvent qu'un·e professionnel·le identifie une situation comme étant à risque de maltraitance, qu'il·elle y consacre du temps et parfois dépasse ses propres réticences pour alerter ses collègues, son réseau et agir.

³ Selon des informations fournies par le Dr. J.-J. Cheseaux (communication personnelle de mai 2015), il convient de nuancer cette affirmation. En effet, les abus sexuels ne laissent pas forcément de traces physiques (même en cas de pénétration) et un examen gynécologique ne permet pas toujours de « prouver » de tels actes.

⁴ Informations fournies par le Dr J.-J. Cheseaux (communication personnelle, mai 2015).

Un milieu encore peu investigué mais qui paraît particulièrement propice à la détection précoce des mauvais traitements est celui des urgences hospitalières (Hochart & Roussel, 1997 ; Bengler & Pearce, 2002 ; Chen & al., 2010). Cette position favorable en matière de détection peut s'expliquer par différents éléments. D'abord, un nombre important d'enfants consulte les services des urgences en Suisse. En effet, l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN, 2013) a mis en évidence qu'en 2011, ce taux de recours s'élevait chez les moins de six ans à 438 pour 1000 habitants, alors que sur l'ensemble de la population, ce taux est de 169 pour 1000 habitants. Ensuite, les urgences bénéficient d'une grande accessibilité, d'horaires continus et d'un large plateau technique. Les urgences accueillent un flux important de populations issues de milieux socioculturels diversifiés. Van Helleputte considère d'ailleurs que « la salle d'urgence est dans nos civilisations le point de chute de la plupart des crises » et qu'elle fonctionne comme une « caisse de résonance des situations de crise de notre société » (2009, pp. 923 et 929). Les urgences pourraient donc être vues comme un lieu de convergence des problèmes sociaux et en ce sens, elles constituent un milieu d'observation et d'analyse propice.

De manière plus générale, l'hôpital joue un rôle déterminant dans le dispositif de lutte contre la maltraitance envers les enfants (Hochart & Roussel, 1997 ; Lefèvre-Léandri, 1998). A la fois un lieu de soin et de crise, il offre tout un éventail de compétences pour établir les diagnostics médicaux et psychologiques, et pour faire face aux situations d'urgence. Une récente étude dans le canton de Vaud (Savioz et al., 2012) met d'ailleurs en évidence ces aspects, en évoquant notamment le cadre protecteur de l'institution pour les professionnel-le-s. L'hôpital leur fournit une protection émotionnelle, structurelle et financière, mais offre également des avantages du point de vue des échanges interdisciplinaires.

Enfin, les professionnel-le-s des urgences, et du milieu médical plus globalement, bénéficient de nombreux atouts, dont celui d'avoir accès au corps de l'enfant. Ils ont la compétence de déceler des coups ou des blessures sur des parties du corps dissimulées par les vêtements, ont accès à l'intimité physique de l'enfant, et prodiguent des soins d'ordre psycho-social. Les infirmier-ère-s sont par exemple en mesure d'observer la relation entre l'enfant et ses parents dans un contexte de pathologie (Brioschi et al. 2012). Dès lors, les acteur-trice-s du milieu médical et des soins jouent un rôle déterminant dans le dépistage de la maltraitance infantile, ce qui est également confirmé par des auteurs ayant mené des recherches dans nos régions (Hofner & Siggen, 2001 ; Margairaz & Bach Brioschi, 2003 ; Margairaz et al., 2006).

2.3. Obstacles au travail de détection

Malgré un positionnement institutionnel, bénéficiant de compétences professionnelles propices pour faire face à la maltraitance, cette problématique reste encore peu abordée à l'hôpital et aux urgences. Plusieurs études internationales relèvent le taux important d'enfants victimes de maltraitance, amenés à consulter les services d'urgence, tout en mettant en évidence que les maltraitements infantiles y restent sous-détectés (Tilden et al.,

1994 ; Bengler & Pearce, 2002 ; Louwers et al. 2010 ; Teeuw et al., 2012). En Suisse, de plus en plus d'acteurs (associatifs, cantonaux, fédéraux⁵) soulignent également les insuffisances, voire les lacunes en matière de dépistage et d'intervention précoces. Quelques obstacles peuvent être relevés qui pourraient freiner la détection de mauvais traitements aux urgences, qui n'est pas une tâche aisée pour les professionnel-le-s situés en première ligne.

D'abord, la notion même de maltraitance. Un enfant ne subit que rarement un seul type de mauvais traitement et donc « du point de vue clinique, ces catégories sont malaisées à manier » (Flückiger, 2000, p. 12). Par exemple, la violence sexuelle ou physique comporte presque toujours une part de violence psychologique. Certaines définitions mettent l'accent sur les séquelles, et le risque de négliger la sensibilité individuelle de chaque enfant, car ce qui n'est pas maltraitant pour l'un, peut l'être pour l'autre. La maltraitance est un concept large, qui regroupe différentes formes d'abus ou de négligences et qui peut être interprétée de multiples manières. Les sensibilités individuelles et professionnelles jouent un rôle non-négligeable dans la définition de ce qui est maltraitant ou de ce qui ne l'est pas, et influe par la suite sur la décision et la façon d'agir.

Ensuite, les professionnel-le-s de première ligne semblent bénéficier de ressources contrastées pour réaliser le travail de détection, comme le met en évidence une récente étude (Roulet Schwab et al., 2012). Les médecins hospitaliers interrogés mentionnent l'autorité accordée à leur profession et à l'institution hospitalière, qui est particulièrement utile auprès des parents peu collaboratifs. Ils tendent également à faire appel à l'expertise de leurs confrères, par exemple en gynécologie en cas d'abus sexuels. Cependant, ils relèvent une formation et une sensibilisation insuffisantes des jeunes médecins, ainsi qu'un manque de temps à accorder à des entretiens de longue durée. Ils soulignent également la subjectivité liée à l'évaluation des maltraitements, le poids de la décision, ainsi que la lourdeur administrative que représente un signalement aux autorités (Savioz et al., 2012).

En première ligne lors des consultations, les infirmières interrogées relèvent également une formation insuffisante et des contraintes de temps. Par ailleurs, elles mettent en évidence une marge de manœuvre limitée, les entravant dans leur mission préventive (Brioschi et al., 2012). Dans le milieu hospitalier, très hiérarchisé, elles peuvent s'appuyer sur l'équipe médicale (collègues, médecin assistant et médecin chef), mais estiment ne pas pouvoir jouer un rôle suffisamment proactif, alors que les parents et les enfants se confient volontiers à elles.

En outre, en médecine d'urgence, où il faut souvent (ré)agir rapidement, il n'est pas toujours possible de consacrer le temps nécessaire au dépistage, par exemple au moyen d'un entretien approfondi avec les parents. De plus, comme le relève l'ensemble des travaux traitant de la problématique, la maltraitance est rarement le motif premier d'une consultation (Chen. & al., 2010).⁶ Les unités pédiatriques d'urgence accueillent majoritairement des enfants victimes d'accidents et de traumatismes. Le traitement d'un enfant demande avant

⁵ BFEG, 2011.

⁶ Selon cette étude, seuls 3% des cas transmis à l'équipe multidisciplinaire sont arrivés à l'hôpital pour de la maltraitance.

tout de poser un diagnostic, et ce dernier a tendance à reposer davantage sur les conséquences que sur les causes du problème de santé. Certains auteurs révèlent une tendance chez certain·e·s professionnel·le·s à négliger les causes d'accidents et de traumatismes, amenant à dissimuler les auteurs responsables d'accidents inexplicables (Lefèvre-Leandri, 1998, p. 106) ou à éviter de devoir aborder la cause abusive (Gauthier, 2008).

Malgré ces obstacles, plusieurs auteurs ont mis en évidence des éléments qui peuvent renforcer le dépistage de la maltraitance dans les services d'urgence. Pour Marc (1995), la présentation clinique des maltraitances est très variable et son dépistage peut se baser sur plusieurs aspects, comme la discordance des lésions et des causes avancées, ainsi que le délai entre la survenue des lésions et la première consultation médicale. D'autres auteurs mentionnent la répétition des consultations, ou encore le retard staturo-pondéral (Fagan, 1998 ; Marc, 1995 ; Wallace et al., 2007).

Certains hôpitaux s'appuient sur des check-lists avec un nombre variable de facteurs de risques à considérer. Mais la présence de ces outils ne garantit pas une détection optimale des situations de maltraitance. En effet, une étude relève que leur recours peut conduire à des faux-positifs et nécessite d'être combiné à une évaluation clinique structurée et à un examen complet de l'enfant dévêtu (Teeuw et al., 2012). Selon Powell (1997), les signes et symptômes doivent être considérés dans leur contexte. Détecter et évaluer une maltraitance dépendra alors des compétences (Fagan, 1998) mais aussi des sensibilités de chaque professionnel·le (Hochart & Roussel, 1997).

2.4. Quelques apports de la littérature sur la question

Poser un diagnostic de maltraitance infantile et signaler un cas

Un diagnostic de maltraitance infantile est difficile à poser (Van Helleputte, 2009). Des signes physiques clairs de violences envers un enfant (lésions physiques vraisemblablement non dues à un accident) aident parfois à renforcer l'évaluation du médecin. Lors de maltraitance psychologique ou de négligence, les conséquences de ces violences sont peu ou pas directement visibles sur l'enfant, il est alors plus difficile de poser un diagnostic de maltraitance. En parallèle aux « multiples facettes que revêt la violence, l'impact émotionnel qu'elle génère chez les professionnel·le·s » entrave le diagnostic de maltraitance infantile (Hiquet et al., 2016, p. 1234). Les issues d'une telle évaluation, parfois lourdes en conséquence (pour l'enfant, sa famille ou les professionnel·le·s), ainsi que les obstacles au travail de détection retiennent les professionnel·le·s dans le signalement d'un cas de mise en danger d'un enfant. Toutefois, Lefèvre-Leandri (1998) et Gauthier (2008) insistent sur l'importance de ne pas négliger les causes de traumatismes chez l'enfant (accidents ou maltraitances).

Une suspicion de maltraitance envers un enfant doit donc toujours être prise au sérieux (Lips, 2011). Le Conseil Fédéral (2018) souligne d'ailleurs l'importance de prendre en

considération ces suspicions et conseille aux professionnel·le·s de la santé d'engager des procédures pour protéger l'enfant. Le Dr. Lips (2011), responsable du groupe de protection de l'enfant et du service de consultation pour les victimes des hôpitaux pédiatriques universitaires de Zurich, estime que lorsqu'un soupçon surgit, il ne faut pas l'écartier car la tendance est plutôt à la minimisation et au refoulement de la perception d'un mauvais traitement. Certains auteurs exposent les conséquences néfastes pouvant survenir si une suspicion de maltraitance n'est pas estimée à sa juste valeur : « 50 % de risque que les violences se reproduisent et que les conséquences d'une prise en charge insuffisante ou inadaptée puissent être catastrophiques pour les victimes, leur famille et les professionnels » (Hiquet et al., 2016, p. 1234). Néanmoins, ces suspicions de maltraitance soulèvent des questionnements et des réticences chez les professionnel·le·s de la santé (Savioz, Brioschi, Roulet Schwab & Knüsel, 2012). Le manque d'information et la peur de l'erreur chez les professionnel·le·s de la santé « en rebute[nt] beaucoup, surtout quand l'affluence aux urgences est telle que l'on ne peut se permettre de passer trop de temps sur un seul dossier » (Tursz & Greco, 2012, p. 682).

L'utilisation d'instruments de détection précoce

En Suisse, il n'existe pas « de consensus scientifique ou professionnel sur la manière d'aborder la détection précoce des cas de mise en danger du bien de l'enfant ni sur les instruments utiles à cette fin » (Conseil Fédéral, 2018, p. 13). Selon Krüger et al., (2018), il existe 33 instruments de détection précoce de la maltraitance. Ces auteurs insistent sur l'importance de vérifier l'adéquation, l'efficacité et l'applicabilité des instruments existants. Cependant, aucun de ces outils n'a fait l'objet d'une évaluation et d'une validation scientifique (Conseil Fédéral, 2018). Les professionnel·le·s de la santé doutent de l'utilité d'un dépistage systématique à l'aide d'instruments standardisés et manquent de connaissances des outils existants (Conseil Fédéral, 2018). La majorité des professionnel·le·s de la santé procèdent par suspicions et non par l'utilisation d'outils standardisés. Ils discutent facilement des cas de suspicions de maltraitance infantile avec d'autres professionnel·le·s ou font appel à des spécialistes du domaine de la protection de l'enfance afin de s'assurer de l'adéquation de leur démarche (Conseil Fédéral, 2018).

Les instruments existants se présentent sous formes de listes de contrôles tels que la *Checklist de la Société Suisse de Pédiatrie* (2011), de questionnaires standardisés (8) ou, de guides pratiques non standardisés (25) tels que *la brochure du Groupe Romand d'Études des Addictions* (2010) proposant des critères et des bonnes pratiques de détection de maltraitance infantile ou encore, le *Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical* du Dr. Lips (2011).

Les guides pratiques contiennent des critères non scientifiques et non consensuels pour repérer et détecter la présence de mauvais traitements envers un enfant : « des informations sur la façon d'interpréter des observations, sur l'attitude à adopter en cas de suspicions de mise en danger du bien de l'enfant et, en partie, sur les bases légales telles que les responsabilités, ainsi que les droits et obligations d'aviser l'autorité » (Conseil

Fédéral, 2018, p. 22). Divers professionnels et auteurs exposent différents critères à prendre en considération lors de suspicions de maltraitance : le recours tardif à l'aide d'un médecin, un changement de médecin sans raison, des incohérences au niveau de l'anamnèse, des blessures d'âges différents ou encore des diagnostics physiques particuliers (hématomes anormaux, brûlures anormales ; Conseil Fédéral, 2018 ; Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Lips, 2011 ; Van Helleputte, 2009). Il est difficile de distinguer une lésion accidentelle d'une lésion volontaire par des actes de mauvais traitements envers un enfant. Néanmoins, des radiographies, imageries, IRM ou échographies peuvent être utiles au repérage des causes de ces lésions physiques (Adamsbaum, 2014 ; Ravichandiran, 2009). Il est alors important de ne pas négliger l'examen physique d'un enfant, de reconnaître les blessures suspectes et de prendre en considération tous les éléments de l'anamnèse (Kellogg, 2007).

En cas de suspicions de maltraitance, le Dr. Lips (2011) propose trois étapes importantes :

1. Rassembler de la documentation antérieure et actuelle servant de preuves.
2. Contacter un groupe spécialisé afin d'obtenir des conseils avisés et une aide dans la procédure à adopter.
3. Définir une solution avec ce groupe spécialisé.

Ce type de procédure est difficile à mettre en place dans un environnement tel que le service des urgences. Le personnel au service des urgences manque de temps à consacrer à l'évaluation de la situation et au choix de prise en charge ciblée pour l'enfant concerné (Hiquet et al., 2016 ; Brioschi & Knüsel, 2012 ; Van Helleputte, 2009).

Au niveau international, Krüger et al. (2018) ont recensé 60 instruments de détection précoce. Ces outils, anglo-saxon pour la majorité, ont généralement été développés pour un type de violence en particulier (physique, abus sexuel) et n'englobent pas toutes les formes de maltraitance. En France, la Haute Autorité de Santé (2014), sur la base des recommandations du *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), a créé une fiche mémo technique détaillant les points essentiels à ne pas oublier lors de l'examen médical d'un enfant. La Haute Autorité de Santé (2014) propose des critères auxquels être attentifs lors de suspicions de maltraitance : lésions physiques anormales, état émotionnel anormal de l'enfant ou encore interactions parents-enfants inadaptées.

Malgré ces nombreuses recommandations et guides de bonnes pratiques, la majorité des auteurs s'accordent à dire qu'il serait plus adéquat de proposer aux professionnel-le-s de la santé des protocoles et instruments simples permettant de les soutenir et de les guider en cas de suspicions de maltraitance infantile (Conseil Fédéral, 2018 ; Hiquet et al., 2016) : des listes de contrôle à remplir (Haute Autorité de Santé, 2014) ou encore un numéro de téléphone permettant la centralisation des signalements (Tursz & Greco, 2012). Il est important de « clarifier et faciliter le travail d'évaluation » des professionnel-le-s de la santé (Hiquet, et al., 2016, p. 1237).

Collaborations pluridisciplinaires et formation sur la maltraitance infantile

L'avis des pairs et des spécialistes de la protection de l'enfance semblent, en cas de suspicions de maltraitance, être un soulagement pour les professionnel·le·s de la santé (Tursz & Greco, 2012 ; Thun-Hohenstein, 2006). D'ailleurs, il est important de discuter des cas de suspicions de maltraitance et ne jamais rester seul·e avec ce problème (Lips, 2011). Le Conseil Fédéral (2018) précise que les professionnel·le·s de la santé doivent connaître les services qu'ils peuvent consulter ainsi que ceux vers qui orienter les enfants concernés et leur famille (p. 12). Malheureusement, les professionnel·le·s de la santé méconnaissent les protocoles à suivre et les ressources à disposition (Tursz & Greco, 2012). Le personnel de santé peine à savoir vers qui se tourner, hormis ses confrères, pour obtenir les informations et le soutien nécessaires pour l'élaboration de la meilleure solution et de la meilleure procédure possible (Brioschi & Knüsel, 2012). De plus, les rôles de chaque intervenant dans la prise en charge d'un enfant et de sa famille en cas de suspicions de maltraitance devraient être clairement définis (Brioschi & Knüsel, 2012).

Pour soutenir les professionnel·le·s de la santé, des équipes pluridisciplinaires voient le jour (Conseil Fédéral, 2018 ; Kellogg, 2007). Ces groupes pluridisciplinaires détiennent des informations que les professionnel·le·s de la santé ignorent souvent (Lips, 2011 ; Savioz et al., 2012 ; Kellogg, 2007). Divers auteurs ont d'ailleurs reconnu les avantages d'échanger avec des équipes pluridisciplinaires (Lalayants & Epstein, 2005 ; Naish, Carter & Gray, 2002 ; Thun-Hohenstein, 2006), Comme Hiquet, et al. (2016) l'ont précisé (p. 1238), ces avantages sont notamment :

- Une diminution de l'anxiété et de l'impression de fardeau pour les professionnels ;
- Une atténuation du risque d'être le seul visé par une famille en désaccord ;
- Une augmentation de la qualité de la prise en charge et de la communication ;
- Et surtout, une accentuation du dépistage des mineurs victimes de violences.

Toutefois, les hôpitaux ne sont pas égaux face aux ressources à disposition et en particulier en ce qui concerne ces équipes de spécialistes. Les professionnel·le·s de la santé peinent alors à obtenir du soutien et des conseils spécialisés en cas de suspicions de maltraitance infantile.

Enfin, un manque au niveau de la formation semble également poser problème (Conseil Fédéral, 2018 ; Tursz & Greco, 2012). Une récente analyse des cursus professionnels en Suisse a mis en évidence l'absence de ce thème, quand bien même il est inscrit dans le catalogue des objectifs d'apprentissage (Conseil Fédéral, 2018, p.24-25). Les infirmier·ère·s semblent être les mieux préparés à ces questions. Au niveau international, l'*American Board of Pediatrics*, par exemple, a développé une spécialité de la pédiatrie : la pédiatrie de la maltraitance (Tursz, C. Greco, 2012, p. 682), ce qui n'est actuellement pas le cas en Suisse.

2.5. Objectifs de la recherche

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons fixé deux principaux objectifs :

Améliorer la détection de la maltraitance envers les enfants

Nous avons voulu nous intéresser à un contexte peu investigué, qui représente à nos yeux un potentiel important en matière de lutte contre la maltraitance. Nous sommes en effet convaincus qu'améliorer la détection des mauvais traitements au sein des services d'urgence contribue à solidifier le dispositif vaudois de protection de l'enfance.

Faciliter le travail des professionnel·le·s en lien avec le signalement

Afin de faciliter le travail des professionnel·le·s en lien avec l'obligation de signalement et leur donner des clés concrètes utilisables dans leur pratique, nous souhaitons mieux connaître les compétences et les outils mobilisés actuellement aux urgences. Nous souhaitons également nous intéresser aux difficultés en lien avec ces pratiques et aux éventuelles lacunes dans les procédures existantes. Pour que ces propositions d'amélioration soient les plus pertinentes et utiles possibles, nous avons travaillé en étroite collaboration avec les responsables concerné·e·s aux urgences.

Plus globalement, nous espérons, avec cette étude, contribuer au bien-être des enfants et de leurs parents. L'amélioration de la détection des maltraitances est dans notre optique aussi l'opportunité de fournir le plus précocement possible un soutien aux familles se trouvant dans des situations difficiles. Les exigences éducationnelles envers les parents tendent à se complexifier, et nombreux sont celles et ceux qui se sentent démuni·e·s face à leur tâche et aux situations vécues. Ce stress parental peut avoir des répercussions négatives sur les enfants, se traduisant par des négligences, voire des violences. Favoriser l'identification précoce des mauvais traitements est donc un moyen d'anticiper, parfois de contrôler, voire de réprimer les maltraitances infligées aux enfants, mais offre également la possibilité d'apporter un précieux soutien préventif aux parents qui en éprouvent le besoin.

3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette recherche a visé à mieux appréhender, auprès des infirmier·ère·s et médecins des unités des urgences, mais également auprès du personnel ambulancier, les critères d'évaluation et les pratiques face aux suspicions de maltraitance. L'analyse des pratiques professionnelles a contribué à mieux comprendre comment le personnel soignant et médical évalue le danger encouru par l'enfant, et surtout selon quels critères et dans quels contextes les suspicions se développent.

En empruntant des outils à la recherche-action, nous avons pu réfléchir avec les acteur·trice·s du terrain aux problématiques qui se posent à eux, et tenter d'y trouver des solutions suite à une analyse commune. Cette recherche s'est déroulée en cinq phases : la revue de la littérature et la soumission aux comités d'éthiques (chap. 3.2), l'exploration du fonctionnement de chaque service d'urgences (chap. 3.3), la récolte de données concernant les pratiques d'évaluation des mauvais traitements envers les enfants (chap. 3.4), l'analyse des résultats (chap. 3.5), et, finalement, la restitution des résultats (chap. 3.6) aux participant·e·s et partenaires cantonaux (SSP, SPJ).

Avec cette méthode, l'équipe de recherche a contribué aux réflexions collectives par ses capacités d'investigation et de questionnement, tout en veillant au respect de la ligne directrice de la recherche. Les professionnel·le·s des urgences ont quant à eux apporté le savoir accumulé à travers leur connaissance du terrain et leur expérience de son fonctionnement. Les regards ont par conséquent été complémentaires, voire substitutifs : les chercheur·euse·s et le personnel médico-soignant se sont engagés dans un processus d'apprentissage mutuel (Liu, 1997).

3.1. Choix des sites d'enquête

L'étude de l'ensemble des structures hospitalières du canton, de leurs fonctionnements et de leurs pratiques de dépistage nécessiterait une recherche d'une large ampleur, qui dépasse le cadre de ce projet. Nous avons donc axé nos investigations sur les quatre services d'urgence des hôpitaux suivants :

- Le groupe du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Bâtiment hospitalier (BH) et Hôpital de l'Enfance (HEL) ;
- Le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (GHOL), site de Nyon ;
- L'Hôpital Riviera-Chablais, site d'Aigle ;
- Les Établissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv), site d'Yverdon-les-Bains.

Avant le démarrage de l'étude, nous avons contacté des personnes occupant des postes à responsabilités dans les services d'urgences, de pédiatrie ou des CAN Team de ces hôpitaux. Nous leur avons exposé notre démarche et ses objectifs, et discuté du déroulement possible de l'enquête. Notre but était d'établir un solide partenariat avec eux,

afin que la recherche soit la plus bénéfique et la plus proche possible de leurs préoccupations.

3.2. Phase exploratoire

Revue de la littérature

Durant les premières semaines d'enquête, nous avons approfondi notre connaissance du domaine en nous plongeant dans la littérature scientifique et institutionnelle (au niveau national et international). Nous avons cherché à comprendre les aspects médicaux et techniques en matière de détection de la maltraitance, ainsi que ses composantes subjectives et individuelles (représentations, sensibilités, « feeling », formations initiales et continues, compétences professionnelles).

Nous avons également relevé quelques procédures et autres outils en lien avec l'évaluation des mauvais traitements existant dans des hôpitaux de Suisse et d'ailleurs. Cette étude du matériau théorique et institutionnel nous a permis de réunir un corpus de connaissances pertinent à la problématique qui nous intéresse et d'appréhender le terrain d'enquête avec le recul et la précision nécessaires à une démarche scientifique rigoureuse.

Commission d'éthique

En parallèle, nous avons soumis notre projet de recherche à Swissethics (Commissions d'éthique suisses relative à la recherche sur l'être humain), pour savoir s'il était soumis à la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH). La Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) a statué par la négative, dans la mesure où aucunes données personnelles permettant l'identification de patient·e·s ne seront saisies, et que des liens ne pourront pas être établis entre les patient·e·s et les données personnelles relatives à leur santé. Nous avons pu donc accéder à la partie empirique sans crainte d'empiéter sur les droits des patients ; un soulagement pour l'équipe de recherche comme pour les responsables des hôpitaux partenaires.

Fonctionnement interne des services d'urgence

Afin de contextualiser nos résultats dans le cadre des services des urgences étudiés, dans cette phase exploratoire, nous nous sommes également intéressés à leur fonctionnement et à leurs caractéristiques institutionnelles. Pour mieux comprendre les particularités de la prise en charge des enfants aux urgences et pour que le déroulement de la recherche soit adapté aux besoins et aux disponibilités des partenaires hospitaliers, l'équipe de recherche a mené cinq entretiens exploratoires entre mi-février et mi-avril 2017 (voir l'annexe 7.1 pour un aperçu de l'enquête de terrain).

Ces discussions informelles⁷ se sont déroulées sur chacun des sites d'enquête. Elles ont visé à renouer le contact avec nos partenaires et à prendre connaissance de leurs attentes vis-à-vis de notre collaboration. Nous avons également abordé le sujet du fonctionnement des services respectifs, en lien avec la détection et la prise en charge des mauvais traitements envers les enfants, ainsi que leurs perceptions sur cette problématique.

Quatre entretiens se sont déroulés avec des médecins cadres de pédiatrie, des urgences ou du CAN Team. Le cinquième a été réalisé avec le responsable d'un service d'ambulances. En début de processus d'enquête, nous avons en effet décidé d'associer des ambulancières et des ambulanciers à notre enquête. Ces professionnel·le·s du pré-hospitalier interviennent également dans l'urgence, et peuvent apporter une perspective complémentaire à celle des professionnel·le·s travaillant au sein de l'hôpital. Dès lors qu'ils interviennent souvent au domicile des patients, les ambulancier·ères sont en mesure d'établir des liens avec l'environnement dans lequel l'enfant vit et de faire des observations pertinentes à ce sujet.

Ces rencontres ont également permis de planifier la suite de la collecte des données, à savoir la visite du service des urgences, des entretiens semi-directifs avec des informateur·trice·s clés des services, et les entretiens collectifs avec des professionnel·le·s travaillant aux urgences ou en pré-hospitalier (cf. chap. 3.3).

3.3. Enquête de terrain

Observations

Afin d'étayer les informations récoltées lors des entretiens exploratoires, nous souhaitons pouvoir observer le fonctionnement des services d'urgences et le travail des professionnel·le·s. Les observations des pratiques professionnelles permettent en effet de fournir un regard complémentaire aux discours sur ces mêmes pratiques. Nous avons alors été en mesure de mieux comprendre les explications de nos interlocuteur·trice·s, de les mettre en perspective et de les appréhender avec un regard externe.

Être au plus proche de la réalité de la pratique quotidienne de la détection signifie mener des observations des consultations elles-mêmes afin de voir les professionnel·le·s à l'œuvre. Mais l'obtention des autorisations pour assister à des consultations infirmières et médicales nécessite des démarches étendues auprès des instances cantonales en matière d'éthique, qui auraient dépassé le cadre du mandat de la recherche. Pour tout de même avoir un aperçu des lieux dans lesquels nos interlocuteur·trice·s travaillent au quotidien et des conditions dans lesquelles les enfants et leurs familles sont accueillis, nous avons réalisé une visite guidée de chaque service d'urgences investigué, en compagnie d'un·e de nos partenaires hospitalier·ère·s.

⁷ Nous avons mené ces discussions selon un guide d'entretien succinct (voir Annexe 7.2) et pris des notes (pas d'enregistrement audio).

De manière générale, nous avons débuté cette visite par l'espace dans lequel se trouvent le bureau d'accueil, la salle d'attente et le bureau de tri, puis nous avons traversé le service, parcourant des yeux les boxes d'auscultation, les salles de déchoquage/réanimation et les bureaux du personnel. Ces visites nous ont permis de mieux comprendre le fonctionnement des urgences en général, mais également de constater la diversité d'agencement des hôpitaux étudiés. L'aménagement du service a un certain impact sur la prise en charge des patient·e·s, et cet aspect structurel est à prendre en compte dans l'analyse des pratiques des professionnel·le·s en lien avec la détection des mauvais traitements.

En complément aux visites des urgences, nous avons assisté à des colloques pluridisciplinaires dédiés à la prise en charge de situations de mauvais traitements envers les enfants (CAN Team), ou de manière plus générale, portant sur les problématiques psychosociales rencontrées par les familles. Rassemblant pédiatres, infirmier·ère·s responsables, (pédo)psychiatres, psychologues, ou encore assistant·e·s sociaux·ales, ces réunions permettent de discuter collectivement des situations de maltraitance (suspectées ou avérées), et selon les cas, à répartir les démarches à entreprendre auprès de l'enfant et de sa famille, des autorités de protection de l'enfance et/ou d'autres acteur·trice·s du réseau. L'opportunité d'écouter ces discussions professionnelles autour de la maltraitance a aidé l'équipe de recherche à mieux comprendre les enjeux de la prise en charge à l'hôpital, mais également à mieux appréhender les spécificités organisationnelles de chaque hôpital étudié.

Entretiens semi-directifs

Pour approfondir les discussions amorcées durant la phase exploratoire et réunir un corpus d'informations à réinjecter dans les entretiens collectifs, nous avons mené neuf entretiens semi-directifs avec des informateur·trice·s « clés ». Ces personnes ont été sélectionnées en raison de leur expérience et/ou de leur position de cadre, qui leur permette d'articuler les informations et les explications (Tracy, 2013). Ces entretiens ont été axés sur les questions de maltraitance et se sont déroulés avec des professionnel·le·s travaillant aux urgences et/ou en pédiatrie, ou dans un service ambulancier.

D'une durée moyenne d'une heure, ils ont été enregistrés et retranscrits entièrement. L'anonymat a été garanti, ce qui signifie que les propos rapportés ont été élevés à un niveau de généralité de façon à ce que leur origine ne puisse pas être identifiée. La fonction et/ou le lieu de travail des personnes concernées ont en revanche été précisés, afin que les explications apportées puissent être contextualisées, lorsque cela s'avérait pertinent.

Ces entretiens ont été réalisés sur la base d'un guide prédéfini (voir Annexe 7.3), abordant des thématiques relatives aux activités et aux missions du service, ainsi que le cadre professionnel du personnel médical, soignant et ambulancier qui y travaille (formation prodiguée au corps médical et soignant, rôles et procédures ayant directement ou indirectement trait à la détection et à la prise en charge de la maltraitance).

Afin d'assurer un climat de discussion confidentiel et un approfondissement des perspectives de nos interlocuteur·trice·s, nous avons veillé à ne pas mener d'entretiens avec plus de deux personnes à la fois. Lorsque dans certains hôpitaux nos partenaires se montaient à cinq personnes, deux entretiens ont été menés sur un même site. Ils ont permis d'affiner notre regard sur le fonctionnement des services des urgences vaudois sélectionnés et de fournir une description précise des procédures existantes en matière de maltraitance. Cela a également été l'occasion d'identifier les lacunes éventuelles ou les fonctionnements qui pouvaient être améliorés, dans une optique de co-construction des recommandations de l'étude.

Nous avons en outre mené un entretien avec un responsable d'un service d'ambulances, afin de mieux comprendre le rôle de ces professionnel·le·s du pré-hospitalier dans la détection des mauvais traitements envers les enfants et de prendre en compte cette perspective dans nos analyses.

Entretiens collectifs

Pour compléter les perspectives individuelles obtenues au moyen des entretiens semi-directifs, nous avons mené des réflexions collectives sur les évaluations cliniques conduites par les professionnel·le·s, l'organisation institutionnelle autour de la maltraitance (formation reçue, composition et fréquence des éventuels colloques d'équipe dédiés à la question) mais aussi sur le rôle joué par les sensibilités de chacun·e dans la prise en charge des maltraitances.

Une particularité de ce type d'entretien est qu'il offre aux chercheurs la possibilité d'utiliser les **interactions** entre les membres du groupe, qui se connaissent parce qu'ils travaillent ensemble, se soutiennent mutuellement ou expérimentent les mêmes conditions de travail (Kitzinger, 1994 ; Tracy, 2013). Les participant·e·s sont encouragés à parler ensemble, à se poser des questions, à échanger des anecdotes et à commenter les expériences et perspectives de leurs collègues (Kitzinger, 1995). Ceci facilite une prise de conscience concernant des sujets discutés (Tracy, 2013). Kitzinger (1995) note que ce type d'entretien est particulièrement adapté à l'exploration des connaissances détenues par les participant·e·s, mais aussi à mieux comprendre comment ils ont acquis ces connaissances et pourquoi. Selon cette auteure (1994), ces interactions fournissent non seulement des données précieuses sur un groupe donné, mais permettent également la comparaison entre groupes.

Concrètement, nous avons organisé neuf entretiens collectifs avec des responsables (directeur·trice des soins, infirmier·ère chef·fe, médecin chef·fe, ambulancier·ère·s responsables) et des professionnel·le·s d'unité (infirmier·ère, ambulancier·ère, pédiatre, chef·fe de clinique, médecin-assistant·e, etc.) dans chaque hôpital partenaire. Nous avons plus précisément mené deux entretiens collectifs à Aigle, Nyon et Yverdon, et trois à l'HEL (voir Annexe 7.1 pour plus de détails).

Ces rencontres, d'une heure environ, ont eu lieu au sein des hôpitaux, dans une salle de réunion fermée, ou dans un endroit calme si aucune salle n'était disponible. Les entretiens

ont été enregistrés en audio et entièrement retranscrits. De manière analogue aux entretiens semi-directifs, nous avons garanti l'anonymat à nos interlocuteur·trice·s.

D'un point de vue pratique, nous avons rencontré quelques difficultés dans l'organisation de ces entretiens, malgré le soutien souvent très engagé de nos partenaires de terrain. Trouver des disponibilités communes pour former un groupe de professionnel·le·s, provenant de disciplines et de niveaux hiérarchiques différents, et durant les heures de travail pour la plupart d'entre eux ou d'entre elles, s'est avéré relativement complexe. De plus, le bassin de professionnel·le·s concerné par notre étude était moins important qu'estimé, surtout dans les hôpitaux régionaux. Nous avons donc réalisé moins d'entretiens collectifs qu'escompté au départ. Toutefois, après un premier travail d'analyse, le corpus de données obtenues est bien représentatif du contexte des urgences vaudoises.

Notre guide d'entretien (voir Annexe 7.4) aborde les différents aspects du travail des professionnel·le·s, sur la base de la revue de la littérature et des entretiens semi-directifs menés avec les responsables de service des urgences. De manière générale, nous avons essayé de comprendre ensemble quels sont les signes qui alertent les équipes et comment se fait l'évaluation de la maltraitance. Quels sont les facteurs facilitateurs et les freins à la détection des mauvais traitements ? À quels outils fait-on recours ? Que faudrait-il mettre en œuvre pour améliorer la détection des mauvais traitements ?

3.4. Traitement et analyse des données

Notre corpus de données est constitué des notes prises au cours des entretiens exploratoires et des visites des services des urgences comme des séances des CAN Team, ainsi que des retranscriptions des entretiens semi-directifs et des entretiens collectifs.

Pour analyser ces données, nous avons opté pour la méthode de l'analyse thématique, issue de la **recherche qualitative consensuelle**. Cette approche inductive permet aux chercheur·euse·s de décrire des phénomènes en profondeur et de fonder leurs conclusions sur les données collectées. Lors de la conduite des entretiens, elle préconise les questions ouvertes pour cadrer – sans influencer – les réponses des participant·e·s. Les mots, ainsi que le contexte dans lequel ils sont émis, sont importants pour comprendre comment les participant·e·s perçoivent le sujet étudié. Cette méthode est particulièrement appropriée pour chercher à comprendre dans le détail les phénomènes complexes et non-linéaires ; elle est adaptée aux petits échantillons (Hill, 2012).

Dans la phase d'analyse des données, cette méthode consiste à identifier de manière consensuelle les thèmes et les catégories émanant des données. En premier lieu, chaque chercheur·euse a travaillé individuellement, en répartissant les données selon différentes thématiques, correspondant grosso modo à celles des guides d'entretiens (cf. Annexes 7.2 et 7.3). En second lieu, l'équipe de recherche a discuté de cette première répartition thématique et l'a repensée, afin qu'elle représente le mieux possible les informations et les explications fournies par nos interlocutrices et nos interlocuteurs (Hill, 2012). Ces

discussions se sont tenues à trois reprises, sur une durée moyenne de quatre heures. Ce processus de consensus enrichit l'analyse et permet d'appréhender les données dans l'entièreté de leur complexité. Les perspectives multiples des chercheur·euse·s permettent en effet de percevoir au mieux la diversité de nuances dans les dires des participant·e·s (Hill, 2012).

Nos discussions nous ont ainsi permis d'aboutir à l'affirmation de trois grandes catégories d'analyse, permettant d'organiser de nombreux éléments de réponses au questionnement principal qui motive ce projet de recherche, à savoir : Comment les professionnel·le·s des urgences détectent-ils les mauvais traitements envers les enfants ? Ces trois catégories, détaillées dans le chapitre 4 consacré aux résultats, sont les suivantes : 1) détection des mauvais traitements, 2) gestion des mauvais traitements, et 3) postures face aux mauvais traitements. Dans la présentation des résultats, notre objectif est de proposer une compréhension transversale de la problématique sur le territoire cantonal, sans comparer les sites les uns par rapport aux autres.

Parallèlement à cette analyse thématique, nous avons dressé un portrait de chaque hôpital avec lequel nous avons collaboré, dans lequel nous décrivons l'organisation des services d'urgences étudiés, en lien avec les patient·e·s pédiatriques ou plus spécifiquement des situations de mauvais traitements envers les enfants.

3.5. Restitution et valorisation des résultats

Finalement, nous avons tenté d'« objectiver » ces éléments intervenant avant qu'un constat de maltraitance ne soit posé ou qu'un signalement ne soit effectué. En collaboration avec les responsables de service et les professionnel·le·s participant à l'enquête, nous avons formulé et co-construit quelques recommandations. Cette montée en généralisation présente l'avantage de la rendre transmissible à d'autres professionnel·le·s.

Une première extraction des résultats a été présentée le 10 novembre 2017 au congrès annuel de la **European Society for Trauma and Dissociation**, qui s'est tenu à Berne. Cet événement est destiné aux professionnel·le·s spécialisés dans les soins aux personnes souffrant de traumatisme ou de dissociation (comme les infirmier·ère·s, les membres du CAN Team, les psychologues et les psychothérapeutes). Cette présentation nous a notamment permis d'évaluer l'accueil et la perception des résultats auprès d'un public de professionnel·le·s.

Le 16 novembre 2017, nous avons organisé une après-midi de restitution des résultats à l'**Université de Lausanne**, sur la suggestion d'un de nos partenaires hospitaliers. Ce format nous a permis d'inviter non seulement des participant·e·s aux entretiens, mais également des représentant·e·s du Service de la santé publique et du Service de la protection de la jeunesse du canton de Vaud. Cette séance, animée par l'équipe de recherche, a été ponctuée de différents moments d'échange. Plus précisément, l'après-midi s'est ouverte sur la présentation d'une sélection de résultats et de recommandations, suivi d'un temps de questions-réponses. Des échanges plus approfondis se sont faits durant les ateliers en

sous-groupes qui ont suivi, au cours desquels les regards croisés des différentes professions et institutions d'attache (hôpitaux, services d'ambulances, administrations cantonales) ont pu être répertoriés sur la base des résultats et recommandations avancés par l'équipe de recherche. Un bilan de cette restitution et une synthèse des nouveaux éléments qui en ressortent figurent dans le chapitre 5 de ce rapport.

Différentes valorisations sont envisagées dans les prochains mois dont un article en anglais en préparation, qui sera soumis à une revue scientifique visant un public de professionnel·le·s travaillant dans le domaine de la maltraitance envers les enfants. Une présentation des résultats est également prévue en juin 2018 à l'intention de ce même public, afin de favoriser une valorisation des résultats à plus large échelle.

4. RESULTATS

4.1. Portraits des services des urgences

Au préalable, il faut préciser que, d'un hôpital à l'autre, la description des lieux, des équipes et des prises en charge n'est pas systématique. Celle-ci dépend des personnes qui ont conduit la visite, des aspects sur lesquels elles ont souhaité insister et les particularités d'un contexte donné.

Degrés d'urgence :

Urgences vitales : tout de suite dans le box de déchoquage/réanimation⁸

Degré 2 : être « vu » dans les 20 minutes

Degré 3 : être « vu » dans l'heure

Degré 4 : être « vu » dans les 2 heures

Degré 5 : attente de plusieurs heures possible ; consultations larges

Aigle (Hôpital Riviera-Chablais)⁹

Les urgences pédiatriques

À leur arrivée à l'hôpital, la première personne que l'enfant et ses accompagnants rencontrent est la réceptionniste. À partir de 21 heures, une infirmière prend le relais à la réception. La salle d'attente, en face de la réception, est meublée de quelques chaises et comporte un écran de télévision. Il n'y a pas de mobilier spécifique pour les enfants. Une fois les démarches administratives effectuées par un-e réceptionniste, une infirmière des urgences pédiatriques vient chercher l'enfant pour le tri.

Le bureau du tri est vitré et équipé d'un lit d'auscultation. Il offre l'opportunité à l'infirmier-ère de tri de poser ses questions et aux familles d'expliquer la raison de leur venue dans une relative intimité sonore. Des stores peuvent être descendus si nécessaire. Ensuite, l'enfant est installé dans un box en attendant l'arrivée d'un médecin, ou celui-ci vient chercher l'enfant pour une première consultation. Cette dernière n'est pas réalisée par un-e médecin-assistant-e, ni par un-e infirmier-ère formé-e à la consultation infirmière. Le service des urgences pédiatriques comporte cinq box d'auscultation, un box de réanimation, une pharmacie et un local pour le matériel. Si un entretien s'avère nécessaire, le personnel soignant emmène l'enfant et/ou sa famille dans une salle à l'étage, qui est généralement plus calme.

⁸ Un box ou une salle de déchoquage permet de réaliser les premiers soins les plus urgents, qui permettent de stabiliser ou d'effectuer des examens éventuellement avant une intervention ou un transfert en réanimation quand cela est nécessaire

⁹ Guidés par deux infirmières responsables du service de pédiatrie, nous avons visité les urgences pédiatriques et le service de pédiatrie de l'hôpital d'Aigle le 18 mai 2017.

En principe, les médecins-assistant·e·s qui travaillent aux urgences pédiatriques se destinent à la pédiatrie. Leur assistantat dure entre une année et deux ans¹⁰. Les infirmières en pédiatrie réalisent, quant à elles, un tournus entre les urgences, la néonatalogie, les soins continus et le service de pédiatrie. La prise en charge aux urgences est donc entièrement pédiatrique (infirmier·ère·s, médecins-assistant·e·s, médecins chef·fe·s, etc.). Si un patient pédiatrique se présente à Monthey, il est réorienté vers les urgences de l'hôpital d'Aigle.

L'hôpital d'Aigle prend en charge 13'000 urgences par an, dont environ 2'000 en pédiatrie. Le Dr Gehrke, qui est informé de chaque signalement effectué depuis cet hôpital, a estimé leur nombre auprès des autorités de protection de l'enfant valaisannes et vaudoises à 50 environ.

Le service de pédiatrie

Le service de pédiatrie se situe au premier étage de l'Hôpital d'Aigle. L'accès se fait par une porte vitrée coulissante. Les chambres sont disposées en cercle, autour d'un îlot central comprenant le bureau infirmier. Les enfants hospitalisés « pour mise à l'abri » (en cas de mauvais traitements suspectés ou avérés) sont généralement installés dans les deux chambres les plus proches de ce bureau, afin que les soignant·e·s puissent surveiller l'accès et ce qui s'y passe.

Le service comporte un lieu d'accueil pour les enfants hospitalisés, appelé le Sparadrap. Encadrés par une éducatrice diplômée, les enfants peuvent s'y retrouver et jouer avec d'autres enfants et/ou leurs parents, si leur état de santé le permet. Un des objectifs de cet espace est d'« apporter un soutien concret aux enfants confrontés à la souffrance et l'anxiété qui naissent avec la maladie, les accidents et en particulier les hospitalisations »¹¹. Exempte de blouses blanches, cette salle de jeux est ouverte les matins et après-midis en semaine, ainsi que les samedis matin.

Le service comporte également un autre espace de rencontre, destiné aux enfants plus âgés, doté d'une table ronde et de chaises, d'un canapé et d'une télévision. A proximité de cet espace se trouve une longue table à manger, où les enfants hospitalisés (qui sont en mesure de se déplacer) peuvent venir prendre leurs repas collectivement.

A l'étage, on trouve en outre une salle de conférence, utilisée pour les réunions d'équipe et les entretiens avec des personnes externes, comme les parents d'enfants hospitalisés ou aux urgences. On trouve également un bureau, partagé par les médecins et les infirmier·ère·s, utilisé pour l'échange d'informations.

¹⁰ Il peut arriver que des assistant·e·s en médecine interne passent six mois aux urgences pédiatriques en hiver.

¹¹ <http://www.sparadrap.ch/1025-association-association>, consulté le 30.11.17.

Yverdon-les-Bains (eHnv)¹²

Arrivée aux urgences

À Yverdon-les-Bains (ci-après Yverdon), les urgences pédiatriques se situent au 1^{er} étage du bâtiment, accolées au service de pédiatrie. Pour pouvoir s'y rendre, les patients pédiatriques (âgés entre 0 et 16 ans) et leurs éventuels accompagnants doivent préalablement s'annoncer au bureau d'accueil, qui se situe au rez-de-chaussée vers l'entrée principale. Une fois les démarches administratives achevées, les patients reçoivent leurs étiquettes et un ticket à présenter aux urgences pédiatriques. Les réceptionnistes ne transmettent en principe aucune information de santé à l'équipe des urgences, sauf si un parent est particulièrement agressif ou alcoolisé. Dans ce cas, l'équipe est avertie par téléphone pendant que la famille se rend dans le service.

Un parcours fléché permet de s'orienter jusqu'aux urgences pédiatriques, par escalier ou par ascenseur. La salle d'attente est meublée de chaises et de tables pour enfants. On y trouve également un choix de jeux et de prospectus de prévention. Le bureau d'accueil est directement à gauche en entrant dans le service et le bureau de tri (vitré) se situe juste derrière, dans un coin de la salle, où les patients et leurs accompagnants présentent leur ticket à leur arrivée. Aux yeux du médecin en pédiatrie qui a fait visiter les lieux, le bureau du tri vitré permet de surveiller la salle d'attente et d'identifier d'éventuelles aggravations de l'état de santé des patients qui s'y trouvent. Par contre, les vitres ne préservent que peu l'intimité du patient et du professionnel durant cette première évaluation.

Les patients sont accueillis par ordre d'arrivée par une infirmière formée au tri pédiatrique (formation dispensée par l'HEL). En principe, les patients doivent être accueillis au tri au plus 20 minutes après leur arrivée. Les jours de grande affluence (surtout en hiver), il arrive que l'attente soit plus longue. Durant ce premier examen, l'infirmière de tri évalue le degré d'urgence du patient, procède à un interrogatoire succinct et prend les premières dispositions.

Ensuite, le patient est accompagné vers l'un des 4 box de consultation des urgences pédiatriques, où il est pris en charge par un-e médecin-assistant-e. Ces box sont équipés avec du matériel médical habituel (table d'auscultation, petit matériel de réanimation) et décorés au moyen de mobiles colorés. Suite à cette consultation, le patient peut soit retourner à domicile, soit être dirigé vers une hospitalisation « à l'étage », si davantage de soins ou d'investigation sont nécessaires.

À l'étage

Comme mentionné ci-avant, le service de pédiatrie est accolé aux urgences. Le tout forme un bloc carré, au travers duquel on peut circuler en cercle. Les bureaux des médecins chef-fe-s et des médecins-assistant-e-s se situent dans le couloir adjacent au bureau de tri,

¹² La visite des urgences pédiatriques et du service de pédiatrie a été réalisée avec deux médecin co-responsables du service de pédiatrie, le 16 mars 2017.

dans le même couloir que dans les box de consultation des urgences. Le service est séparé des urgences par une porte coulissante vitrée. Le bureau des infirmières, où se déroule notamment la visite « assise » du matin, se situe juste après la porte coulissante.

Les 20 lits du service se répartissent de la manière suivante :

- 5 lits de néonatalogie + 1 lit que pour les urgences (2 chambres)
- 3 lits de soins continus (1 chambre)
- 6 lits de pédiatrie (3 chambres)
- 5 lits de pédopsychiatrie (3 chambres)

L'accès au secteur de pédopsychiatrie est libre durant la journée, mais fermé durant la nuit pour éviter les fugues. Il faut un badge d'employé pour pouvoir y accéder la nuit.

Le service comporte également un box de déchoquage (détresse respiratoire, réanimation), un espace de jeux pour les enfants pouvant sortir de leur chambre (une animatrice y travaille plusieurs fois par semaine), les bureaux de l'Infirmier-ère Chef-fe d'Unité de Soins (ICUS) et de l'équipe de pédopsychiatrie, des locaux techniques. Les murs des couloirs sont décorés par des images d'animaux et des personnages. Sur les portes des chambres, les noms des enfants qui y sont hospitalisés sont écrits sur des autocollants. Les clowns de la Fondation Théodora viennent une fois par semaine.

La personne qui nous a fait visiter le service a insisté sur le manque de place à disposition dans le service. D'après elle, ceci est particulièrement dérangeant en pédiatrie, car lorsque les parents sont présents, les chambres s'avèrent rapidement trop étroites, et pour les équipes, « ce n'est pas évident ».

La composition de l'équipe du service de pédiatrie est la suivante :

- 2 chef-fe-s de clinique, 4 médecins chef-fe-s
- 3 infirmier-ère-s aux urgences en journée, 2 la nuit
- 3 infirmier-ère-s « à l'étage » en journée, 2 la nuit
- 8 médecins-assistant-e-s

L'hôpital d'Yverdon prend en charge environ 1'100 accouchements par an et environ 11'000 consultations par an aux urgences pédiatriques.

En cas de suspicions de maltraitance

Si l'équipe a des suspicions et que la situation paraît urgente, de manière générale elle fait appel à un-e assistant-e social-e délégué-e du CAN Team. Pour les situations non-urgentes, l'assistant-e social-e est présent-e dans le service les jeudis matin et échange avec l'équipe durant un colloque informel. Les médecins-assistant-e-s le rencontrent dans les deux premières semaines de leur début d'assistantat.

Le CAN Team d'Yverdon se réunit une fois par mois. Cette réunion, d'une durée d'une heure environ, est présidée par l'assistant-e social-e délégué-e du CAN Team. Nous y avons

assisté une fois, le lundi 26 juin 2017. Autour de la table étaient présentes des personnes intervenant à l'hôpital (service de pédiatrie/urgences pédiatriques, maternité, pédopsychiatrie de liaison, unité de médecine des violences [UMV]) mais également intervenant à domicile (infirmières petite enfance [IPE]).

À l'instar des autres réunions de CAN Team observées, des situations suscitant des doutes et/ou nécessitant une coordination entre les différents professionnels présents y sont passées en revue. Lors de la séance à laquelle nous avons assisté, trois situations ont été présentées et discutées. La dernière d'entre elles consistait en une situation de violences conjugales suivie par l'UMV, présentée au CAN Team en vue de la mise en place d'un suivi pour les enfants concernés. Les deux premières situations ont été suivies par des professionnels de la maternité et du service de pédiatrie, et ont bénéficié d'interventions de la pédopsychiatrie de liaison, ainsi que celles d'IPE à domicile. Les démarches éventuelles à entreprendre ont été décidées de concert au fil de la séance. Les discussions avaient également pour objectif d'informer les professionnels présents de l'évolution d'une situation et de demander leurs avis respectifs.

À l'hôpital d'Yverdon, des réunions en périnatalité sont également régulièrement organisées, qui concernent les situations à risque, et qui sont avant tout axées sur la prévention auprès des familles concernées. Le mercredi après-midi, un colloque est dédié aux familles accompagnées, auquel participe un pédopsychiatre de liaison. Ces colloques se font en alternance avec les réunions avec l'assistant social qui se déplace du CAN Team pour discuter des cas où les mauvais traitements sont soupçonnés.

Bâtiment hospitalier (CHUV)

Au BH et à l'HEL

Le bâtiment hospitalier (BH) du CHUV prend en charge les urgences pédiatriques graves, comme celles qui nécessitent une réanimation ou une opération chirurgicale dans les plus brefs délais. Les urgences du BH prennent également en charge des enfants s'ils ou elles doivent être dirigé·e·s vers les soins intensifs pédiatriques (qui se situent au 5^e étage du BH), s'ils ou elles ont besoin en urgence d'une imagerie type CT scan ou d'une IRM, ou encore s'ils ou elles sont déjà suivi·e·s au 11^e étage du BH pour une pathologie de spécialité pédiatrique.

En effet, certain·e·s patient·e·s pédiatriques atteint·e·s de maladies chroniques, telles que les maladies cancérologiques, hématologiques, neurologiques, pulmonaires, gastroentérologiques ou encore les troubles du développement, sont suivi·e·s par des spécialistes du BH. Ainsi, si l'état de santé de ces enfants se péjore subitement et qu'ils ou elles ont besoin de soins en urgence, ceux-ci reçoivent l'instruction de se présenter aux urgences du BH, plutôt qu'à l'HEL.

Toutes les autres urgences pédiatriques sont prises en charge à l'Hôpital de l'Enfance (HEL). Si un parent se présente aux urgences du BH avec un enfant pour une urgence de

moindre gravité ou une urgence non spécialisée, la famille est redirigée vers l'HEL. Les ambulances et les hélicoptères disposent d'une échelle de tri propre, avec laquelle ils déterminent le site où le ou la patient-e pédiatrique doit être dirigé-e.

Un lit de déchoquage pédiatrique

Aux urgences du BH, l'installation spécifique aux patients pédiatriques consiste en un lit de déchoquage. Ce lit se trouve dans l'une des deux salles de déchoquage, sans séparation ni aménagement particulier par rapport aux lits réservés pour les adultes. Des rideaux peuvent être tirés pour isoler visuellement les lits les uns des autres, mais si plusieurs réanimations sont en cours, la séparation n'est pas mise en place pour faciliter la surveillance et le passage d'un lit à l'autre.

Un médecin pédiatre au département Femme-mère-enfant du CHUV, interviewé le 15 juin 2017, nous a expliqué que lors de la réanimation d'un enfant, en plus du personnel des urgences adultes et de l'équipe d'anesthésie, un-e pédiatre et un-e infirmier-ère de pédiatrie sont aussi appelés. Un tournus parmi les infirmier-ère-s des soins continus est organisé pour que l'un d'entre eux, ou elles, puisse être « détaché-e » aux urgences. Il ou elle descend alors avec un sac¹³ pour prodiguer des soins d'urgence, aider la famille à faire les démarches administratives et surtout jouer le rôle de « tampon », c'est-à-dire « permettre aux parents de se décharger [...] et de récolter des informations *off-the-record* », qui sont importantes pour la prise en charge du patient.

Transfert dès que possible

D'après les explications d'un médecin du CAN Team du CHUV, qui nous a fait visiter le service des urgences du BH le 22 juin 2017, les professionnel-le-s font en sorte que les enfants passent le moins de temps possible aux urgences. Une fois stabilisés, ils sont rapidement transférés dans les soins continus du service de pédiatrie au 11^e étage du BH. Il peut arriver que l'infirmier-ère du tri oriente les enfants directement à l'étage, sans passer par les urgences. Ceci concerne les enfants stables, celles et ceux qui sont suivis au BH en raison d'une maladie spécifique et/ou qui ne nécessitent pas un recours au plateau technique des soins intensifs pédiatriques.

Les enfants ne sont en principe pas installés dans l'unité d'observation des urgences, où les patients adultes peuvent rester parfois plusieurs jours. En revanche, ils peuvent être installés pour quelques heures (le temps d'un bilan par exemple) dans les lits des urgences « couchées » (dites « Montagibert »), en principe réservées aux adultes. Mais un médecin du Département Femme-mère-enfant précise :

¹³ Ce sac contient le matériel d'urgence pédiatrique qui n'est pas disponible aux urgences adultes : sondes de calibre pédiatrique (urinaire, aspiration naso-pharyngée, intubation trachéale) et pansements et attelles de contention pour les voies d'abord vasculaires, par exemple. La plupart des médicaments utiles en pédiatrie sont disponibles au déchoquage adulte.

C'est pas du tout un setting favorable pour l'accueil des enfants. Donc on fait ce qu'il faut faire en urgence en bas, et puis très vite, on les place en hospitalisation, s'il y a besoin. Ne serait-ce que pour une évaluation de quelques heures.

Et en cas de suspicions de maltraitance ?

Que se passe-t-il si un enfant est amené au tri du Bugnon et que la personne qui l'accompagne prétend qu'il est battu ? Une infirmière de tri rencontrée durant notre visite du 22 juin 2017 nous dit commencer par discrètement appeler un membre du service de sécurité, au cas où l'auteur des mauvais traitements ferait irruption et créerait des problèmes. Puis, elle installe l'enfant et son parent dans le box d'auscultation situé derrière le bureau du tri et « *reprend avec eux calmement la situation* ». Elle appelle ensuite un-e médecin-assistant-e de pédiatrie pour qu'il-elle les prenne en charge. Enfin, elle informe le parent de l'existence de l'Unité de médecine des violences (UMV).

D'après le médecin du Département Femme-mère-enfant, la prise en charge pédiatrique en cas de suspicions de mauvais traitements ne suit pas de protocole précis au BH, mais se base sur l'expérience du personnel médical et soignant. De manière générale, s'il existe un danger imminent, l'enfant est mis à l'abri par le biais d'une hospitalisation (au BH ou à l'HEL, selon la disponibilité) et une collaboration avec le CAN Team est rapidement mise en place. En l'absence de danger imminent (violence par un tiers extérieur à la famille, par exemple), l'enfant n'est pas hospitalisé, et peut rentrer à son domicile. Par contre, il ou elle sera généralement convoqué-e ultérieurement pour une évaluation ambulatoire à l'HEL.

Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL), site de Nyon

L'arrivée à l'hôpital de Nyon

En arrivant à l'hôpital, on passe obligatoirement par la réception principale. Cette réception fait office de point d'information et permet, en cas de doute, de demander son chemin. Aucun document officiel ni étiquette ne sont transmis ou demandés à ce stade.

Au sol, une ligne rouge indique la direction à suivre pour rejoindre les urgences. Il n'y a pas de service des urgences entièrement dédié à la pédiatrie, ni de personnel réservé aux enfants. Des raisons pratiques en sont la cause : il faut une flexibilité pour pouvoir allouer les ressources (espaces, professionnels) lorsque le besoin se présente. La part des urgences pédiatriques se monte à 30% des cas environ, c'est-à-dire 8'000 enfants pris en charge chaque année pour 26'000 prises en charge au total. La plupart des urgences pédiatriques ont lieu entre 16h et 22h. La salle d'attente du service des urgences se situe sur la gauche de l'entrée, contient quelques chaises, des magazines, des jeux pour enfants et un écran TV.

L'unique bureau de tri est vitré et équipé d'un lit d'auscultation. Il donne à la fois une visibilité sur la salle d'attente et sur le couloir des urgences couchées permettant ainsi d'intervenir rapidement en cas besoin (arrêts cardiaques). Toutefois, un rideau peut être tiré

afin de cacher le lit des regards extérieurs. Le fait que ce bureau soit vitré permet de maintenir de l'intimité car les discussions ne peuvent pas être entendues.

Un·e infirmier·ère effectue alors une première anamnèse. Un tableau de tri (un grand écran) permet de suivre un ordre dans la prise en charge des patients. Ce tableau peut être mis à jour en fonction des différentes étapes et des différents examens d'un/une patient·e. On peut y lire le nom, le prénom, l'âge, le sexe, le degré d'urgence, la raison de la venue, comment il est arrivé (ambulance, SMUR, etc.) et si un·e médecin ou un·e infirmier·ère de référence l'a vu. Ce tableau calcule également le temps accordé pour consulter un patient. Il devient rouge si ce temps est dépassé. Quel que soit l'urgence, il est obligatoire de passer par le bureau de tri.

Le service des urgences

Au moment de la prise en charge d'un patient, ce dernier doit traverser une porte vitrée coulissante pour entrer dans le service des urgences. Ce service, en forme de U, est composé de 2 couloirs constitués de 16 box fermés. Sur la gauche, en entrant dans le service, on y trouve une salle d'attente couchée composée de quelques lits d'auscultation avec du matériel de monitoring. De l'autre côté, il y a les urgences ambulatoires comprenant une salle d'attente avec des chaises. Cet espace n'est que rarement utilisé comme salle d'attente. En effet, il est fréquent que cette salle soit employée comme espace de médiation lors de conflit avec les familles ou comme pièce pour les entretiens. Les portes de ces 16 box sont vitrées, mais il est possible de tirer un store pour augmenter l'intimité. Le matériel nécessaire, selon le cas, est transportable d'un box à l'autre permettant ainsi une certaine polyvalence quant aux urgences pouvant être traitées dans les différents box. Néanmoins, il y a un box spécifiquement prévu pour les urgences ORL (avec une chaise d'auscultation et un lit) et un box pour les urgences gynécologiques avec du matériel spécifique pour les examens gynécologiques.

Un·e infirmier·ère est responsable de 4 box. Parmi ces 4 box, il y en a un qui est réservé en priorité à la pédiatrie : il est plus grand permettant ainsi d'accueillir l'entourage de l'enfant, il est décoré, il y a des jouets à disposition ainsi que du matériel de monitoring. Il n'a pas été possible de voir ce box lors de la visite car il était occupé par un adulte. Un·e infirmier·ère du service de pédiatrie ou ayant suivi une formation complémentaire en pédiatrie peut gérer ce box. Il y a également un box ambulatoire pour les tous petits comprenant de la décoration, des jeux, une table à langer et une table avec des chaises pour s'entretenir avec les parents. Durant la journée, un seul pédiatre travaillant également à l'étage est présent dans le service et, entre 17h et 22h, deux pédiatres sont présents aux urgences.

La prise en charge d'un enfant

Lors d'une urgence pédiatrique, le/la médecin commence par évaluer les paramètres de l'enfant : pesée, déshabillage complet pour observation du corps, examen visuel et à nouveau l'anamnèse. Le but n'étant pas de pointer des discordances (même si on peut en remarquer à ce stade), mais de recueillir à nouveau, tranquillement, le discours de l'enfant

et des parents. Cette deuxième anamnèse est plus complète car l'infirmier·ère de tri n'a pas le temps d'aller dans les détails. Cette anamnèse supplémentaire permet également une réévaluation des constantes prises au moment du tri. Il est possible de garder un patient 24h maximum sur un lit d'observation. Cependant, cela ne concerne que très peu les enfants. En cas de besoin, les médecins préfèrent les transférer le plus rapidement possible au service de pédiatrie.

Quelle est la procédure en cas de suspicion de maltraitance ?

En cas de suspicion de maltraitance, les médecins assistants doivent s'adresser au/à la médecin-chef·fe du service des urgences et/ou au/à la pédiatre. Les médecins assistant·e·s ne s'adressent pas directement au CAN-Team. C'est en général les pédiatres qui s'en chargent. Les infirmier·ère·s s'adressent en général au/à la médecin assistant·e en pédiatrie qui lui/elle se réfère à son/sa chef·fe. En cas de désaccord entre l'infirmier·ère et le/la médecin assistant·e, l'infirmier·ère peut directement s'adresser au/à la pédiatre référent·e.

Lors de suspicion de maltraitance envers un enfant, il est difficile de détecter et mettre par écrit les signes suspects. Les éléments sur lesquelles se basent le personnel pour détecter un cas de maltraitance sont les suivants : les signes physiques de lésions corporelles, brûlures, traumatismes crâniens ou fractures, le nombre de consultations et leurs motifs, une comparaison des anamnèses et des observations, la relation de l'enfant avec ses parents (observation de signes suspects) et/ou encore les acquisitions attendues de l'enfant par rapport à son âge. Il n'est pas possible d'hospitaliser un enfant sur des suspicions. Toutefois, si des signes somatiques sont évidents, ces motifs peuvent être utilisés pour garder un enfant sans trop s'étaler sur les suspicions de maltraitance. Le but est de trouver un consensus et pour cela, il faut échanger avec l'enfant et le personnel médical. Toutefois, il semblerait difficile de trouver un consensus sur l'attitude à adopter lors de suspicion de maltraitance : faut-il parler des expériences négatives en lien avec la détection de la maltraitance ou, au contraire, ne faut-il pas aborder ces expériences car ces dernières peuvent avoir un effet négatif sur la détection : un signalement antérieur qui s'est mal passé pourrait créer de la peur chez l'intervenant·e.

En ce qui concerne les violences sexuelles, aucun service particulier n'est présent à Nyon. Il y a peu de cas de violences sexuelles. Le personnel est donc peu préparé à ces situations et ne se sentent pas à l'aise. Une Unité de Médecine des Violences (UMV) est présente dans le nord et l'est, mais pas encore à l'ouest. En cas de suspicion, les patients sont donc directement envoyés aux CHUV ou à l'HEL, selon les possibilités. Les enfants sont transférés par un transport de l'hôpital (en journée) ou une ambulance (durant la nuit). Selon la situation et si cela est indiqué, l'entourage peut également effectuer le transfert.

4.2. Détection des mauvais traitements

Signes de la maltraitance

À partir des paroles des professionnel·le·s des urgences, nous avons identifié les principaux signes de maltraitance suivants : les signes somatiques, l'historique du patient, les signes comportementaux et les signes relationnels. Cette identification n'exclut pas une association de signes de types différents en situation de maltraitance. Parmi ces signes, certains sont reconnus comme étant spécifiques aux cas de maltraitance, alors que d'autres sont plus difficiles à cerner, notamment parce qu'ils sont « invisibles » à l'exemple des signes de maltraitance psychologique.

Première catégorie : les signes somatiques. La plupart des professionnel·le·s des urgences, interrogé·e·s sur cette question, se sont le plus fréquemment référé·e·s à cette catégorie. Ce résultat étonne peu, puisque les urgences ont pour vocation première de prendre en charge les problématiques de santé aiguës ; la formation et le quotidien de ces professionnel·le·s sont avant tout axés sur les traumatismes, les lésions corporelles et autres dysfonctionnements physiques. Quelques personnes interrogées ont d'ailleurs souligné ce rôle premier des urgences, orienté sur les troubles somatiques. Lorsqu'elles se réfèrent à des signes somatiques, elles mentionnent par exemple les ecchymoses, les fractures, les brûlures, qualifiées de « bizarres ». En effet, ce n'est pas tant la lésion en tant que telle qui est considérée comme suspecte, mais plutôt l'inadéquation de sa localisation, de sa forme, ou de sa fréquence d'apparition, par rapport à une lésion arrivée par accident ou pas en relation avec la maturité de l'enfant. Certains de ces signes physiques correspondent aussi à des signes dits « classiques » de maltraitance, comme des bleus en forme de doigts ou une brûlure en forme de fer à repasser ; une fracture du fémur chez un nourrisson, qui ne marche pas encore par exemple ; ou encore des hémorragies dans le fond de l'œil, typiques du syndrome du bébé secoué.

Pour identifier plus aisément ces signes somatiques, plusieurs professionnel·le·s de la santé relèvent l'importance de déshabiller complètement l'enfant au moment de le peser, afin d'observer d'éventuelles marques sur la peau et un manque d'hygiène corporelle. Ils soulignent également l'utilité de consulter une courbe de poids, afin de détecter d'éventuels déficits nutritionnels.

Au-delà de ces signes purement somatiques, les personnes interrogées insistent également sur leur complémentarité avec d'autres éléments, tels que l'anamnèse, des signes comportementaux ou relationnels, qui relèvent davantage du domaine psychique. Par exemple, la récurrence de symptômes indépendants (douleurs abdominales, pleurs isolés, etc.) ou des douleurs fonctionnelles chroniques peuvent révéler des *problématiques d'ordre psychologique*.

Dans cette *seconde catégorie de signes*, l'historique du patient est le premier élément mentionné par les professionnel·le·s qui mettent en avant l'incohérence des scénarios. Ils tiennent également compte des anciennes consultations, de la fréquence de consultation

ainsi que du motif de consultation. Quant à l'environnement de vie du patient, il est prioritairement abordé par les ambulancier·ères·s qui sont les seul·e·s professionnel·le·s de la santé à bénéficier d'un accès au logement du patient et qui peuvent donc faire des observations en ce qui concerne l'état du logement, son éventuelle insalubrité, les éléments dangereux pour un bébé ou un enfant. Les ambulancier·ère·s soulèvent toutefois le risque des jugements hâtifs, et de ne pas faire de liens automatiques avec la maltraitance. Un ambulancier responsable résume ainsi : « *Il n'y a pas un lieu de prédilection pour maltraiter. Mais un ambulancier peut vérifier si l'histoire est probable en fonction des lieux* ».

Selon les professionnel·le·s de la santé, c'est principalement l'inquiétude du parent qui le pousse à amener son enfant aux urgences, car ce dernier est généralement en bonne santé. De ce fait, son comportement est détendu et communicatif comme l'observe une infirmière : « *Les enfants arrivent au tri et racontent leur vie (...) Souvent c'est les enfants qui mènent les entretiens* ». Toutefois, quand le cas dépasse la bobologie, les soignants constatent qu'ils peinent à distraire l'enfant qui reste en retrait avec « *une position en chien de fusil* » (Un médecin), au regard fuyant et qui n'interagit généralement pas à travers la discussion ou le jeu. Les nuances des adjectifs utilisés dénotent le poids de l'influence des sensibilités individuelles et professionnelles et varient d'« *un air malheureux* » (Une sage-femme) à « *on dirait qu'il a très peur voire qu'il est terrorisé* » (Un ambulancier).

Quant au comportement parental, les professionnel·le·s de la santé disent être alerté·e·s qu'ils.elles le considèrent « *inadéquat* », par exemple un délai d'attente entre l'accident et la venue aux urgences ou esquissant « une justification » pour tenter d'anticiper ce que le soignant pourrait observer. Au contraire, le parent peut démontrer de la gêne au moment où le professionnel de la santé découvre certaines lésions ou lorsque l'enfant dit que son parent le punit. Néanmoins, des professionnel·le·s de la santé rappellent la complexité du comportement parental en situation d'urgence car chacun réagit différemment. De plus, des professionnel·le·s de la santé constatent une évolution dans la représentation que les parents se font des services des urgences, comme l'explique une infirmière : « *Les parents viennent plus rapidement demander de l'aide, avant d'en arriver à des situations extrêmes* ».

En ce qui concerne la relation enfant-parent, les professionnel·le·s de la santé tentent de saisir sa complexité à travers divers éléments. Cela peut se traduire par une ambiance tendue dans le box, des contacts parent-enfant qui étonnent, voire dérangent, les professionnel·le·s de la santé (par ex : manière de déshabiller, pas de réconfort parental, domination parentale).

Selon les professionnel·le·s, la difficulté de cette relation engendre des ambivalences, tant de la part du parent que de l'enfant. En effet, il peut s'agir du parent qui amène son enfant aux urgences en étant inquiet après l'avoir maltraité. Quant à l'enfant maltraité, il peut se retrouver confronté au sentiment de culpabilité et vouloir protéger son parent, par peur d'une éventuelle séparation. C'est ainsi qu'un ambulancier se rappelle les propos d'un enfant : « *C'est mon papa qui me corrige parce que je fais mal* ».

En regard de ce qui vient d'être dit, une constellation d'éléments est à prendre en compte, certains plus évidents et caractéristiques de la maltraitance que d'autres. L'observation des soignants se doit donc d'être large afin d'évoluer vers une prise en charge globale de l'enfant. Il s'agit pour eux de veiller à toutes sortes de signes, en dépit du fait que ce sont surtout les signes somatiques qui retiennent leur attention. En effet, la catégorie des signes somatiques relève du domaine de l'« objectif », alors que la seconde catégorie implique une dimension plus subjective, le feeling.

« Feeling »

Les professionnel·le·s de la santé associent le concept « feeling » à un aspect subjectif, tel qu'une impression ou une ambiance. Ils opposent notamment le feeling à l'objectivité de l'observation de faits et aux signes concrets. Il leur est donc difficile de communiquer à propos de leur feeling par oral et/ou par écrit, comme le constate ce médecin pédiatre : « *Des fois on a cette impression, parce que c'est un père qui pourrait être violent juste en regardant ses yeux, mais c'est une impression, on ne peut pas le dire ça et ça on ne peut pas le noter bien sûr* ».

Néanmoins, l'opinion des professionnel·le·s diverge quant à savoir si le feeling s'acquiert en formation et/ou par l'expérience ou s'il est inné, tel que le suggère cette infirmière : « *On a le nez ou on l'a pas* ». Cette expression fait écho à ce que d'autres professionnel·le·s de la santé désignent par le terme d'intuition, à l'exemple des propos d'une ICUS de pédiatrie : « *Ses intuitions, en général, il faut les écouter, j'ai l'impression. Elles n'ont jamais été tellement fausses, quoi* ».

Plusieurs ICUS et médecins partagent cet avis de faire confiance à son intuition, tout en précisant qu'il ne s'agit pas de s'y fier exclusivement. L'idée sous-jacente est que les formations théoriques doivent nécessairement être complétées par la transmission de réflexes par les professionnel·le·s plus expérimenté·e·s aux plus novices. À noter qu'un médecin chef de pédiatrie propose une vision plus nuancée : « *Il faut faire attention à son feeling, enfin oui, il faut être prudent dans les deux sens (...) Il faut se méfier énormément du feeling, même chez les médecins expérimentés* ».

Ainsi, nos résultats nous font dire que, bien que le feeling soit l'un des éléments de départ de notre recherche, nous avons rencontré beaucoup de difficultés à discuter le concept en profondeur avec nos interlocuteur·trice·s. Cette question alimente notre réflexion tout au long du rapport et soulève déjà quelques hypothèses à retenir : le potentiel lien du feeling avec la complexité de la notion de maltraitance, qui touche à l'intime et se verbalise difficilement ; la perception du feeling comme allant à l'encontre des critères de professionnalité et de rationalité mises en avant dans la profession médicale ; le feeling, inné ou acquis, mais propre aux professionnel·le·s concernés.

Freins à la détection

Selon les professionnel-le-s de la santé, le frein principal à la détection de la maltraitance est la contrainte de temps inhérente aux services des urgences, par exemple le tri du degré d'urgence « *se fait en 5 minutes* » (Une infirmière). La consultation est également courte et ponctuelle, ce qui ne favorise pas l'établissement d'un lien de confiance ni la recherche d'informations médicales et/ou sociales relatives à l'enfant. Une médecin cheffe décrit ainsi la consultation-type : « *10 minutes de contact pour les médecins, 15 pour les infirmières* ». Dans ce contexte, les professionnel-le-s de la santé sont moins vigilant-e-s aux divers signaux de détection de la maltraitance.

Un deuxième frein provient de la peur éprouvée par les soignant-e-s, qui semble variable selon la sensibilité professionnelle et personnelle : « *C'est comme tous ceux qui sont parents ou ceux qui ne le sont pas...on soigne avec ce qu'on est, avec tout ce qu'on est, avec notre passé* » (Une infirmière). Il faut également évoquer la peur de se tromper dans ses explications lors d'un signalement et des conséquences que ce dernier peut provoquer sur l'enfant et son entourage.

Autre frein évoqué par plusieurs professionnel-le-s de la santé : une méconnaissance du réseau de protection de l'enfant (notamment le rôle du SPJ) et un manque d'outils de cheminement. Un ambulancier au bénéfice de nombreuses années d'expérience en témoigne : « *On ne sait pas très bien quel chemin il faut prendre, qui il faut aviser, est-ce que ça suffit finalement de le dire au médecin à qui on va remettre l'enfant (...) On ne connaît pas non plus très bien quelles sont toutes les étapes qui se passent derrière, après un signalement* ».

Finalement, des freins sont constatés au niveau de la transmission des informations, tant par oral que par écrit. Le système informatique ne permet pas d'accéder directement au dossier du patient, ni de créer des liens avec d'autres hôpitaux ou d'avoir un suivi des précédents signalements au SPJ ou au CAN Team. De plus, certains soignants estiment que le formulaire en ligne pour le signalement est inadapté.

La transmission orale lors de la remise de l'enfant par l'ambulancier est freinée par l'interférence du parent et nécessite le recours à des tactiques de communication non-verbale, telles que celle racontée par un ambulancier : « *Il y a aucun mot parce que les parents sont là, on montre juste ce qu'on a vu qui nous paraît pas normal. On essaie de faire ça discrètement* ».

Ces propos renvoient à une difficulté plus générale que les ambulanciers rencontrent afin de transmettre fidèlement ce qu'ils ont vu à domicile et de s'assurer que le corps médical assure un suivi. Un ambulancier explique : « *C'est des situations, on a beau les expliquer quand on arrive à l'hôpital à l'équipe de pédiatrie ou autre, eux ils n'ont pas vu ce que nous on a vu à domicile* ».

Facteurs facilitateurs

L'expérience est décrite par les professionnel·le·s de la santé comme l'un des principaux facteurs qui facilitent la détection de la maltraitance. Grâce à l'expérience, ils acquièrent un savoir-faire qui renforce leur sensibilité. Leur tendance à banaliser fait progressivement place à davantage de vigilance, ce qui leur permet de sortir des a priori.

Aux dires des soignants, nous décelons une forme de complémentarité entre l'expérience et la formation qui incite à mélanger dans les équipes des professionnel·le·s expérimenté·e·s et novices. C'est ainsi qu'un médecin explique : « *On dit souvent faut écouter les assistants parce qu'ils sont jeunes et puis qu'ils sont fraîchement formés et puis qu'ils savent quelques fois mieux les choses que nous (...) malgré tout, je pense que c'est bien aussi, dans ces équipes, dans ces structures, qu'on mêle des gens expérimentés (...) je pense effectivement qu'il faut des gens assez expérimentés, d'ailleurs c'est ce qu'on retrouve dans la littérature, on a beau élaborer des grilles, des scores, des évaluations radiologiques pour voir un peu...».*

Selon les professionnel·le·s de la santé, un deuxième facteur facilitateur est la collaboration favorisée par des échanges systématiques et directs à divers niveaux : au sein de l'équipe et avec la hiérarchie, ceci notamment aux changements de garde et lors des colloques ; dans le cadre de l'hôpital par la mise à disposition d'une personne ressource ; au sein du réseau avec principalement le pédiatre de famille, mais également les enseignants, thérapeutes, etc.

Par ailleurs, l'ambulancier, en qualité de « *détecteur* », est également un facteur facilitateur car il transmet ses suspicions lors de la remise de l'enfant à l'équipe médicale des urgences. Un médecin souligne que cette transmission renforce la suspicion de l'équipe médicale : « *Si déjà nous on a des suspicions, et puis qu'en plus vous [ambulanciers] nous dites que l'environnement n'est pas adapté ; ça va nous conforter dans notre décision de signaler. Donc ça c'est vraiment génial* ».

4.3. Gestion des mauvais traitements

La gestion des mauvais traitements envers les enfants dans le milieu hospitalier nécessite une vision pluridisciplinaire de l'équipe médico-soignante et même extrahospitalière, ainsi qu'une prise de décision de signaler ou pas basée sur les observations de multiples acteurs. Les participants ont décrit plusieurs facettes de la relation qu'ils tiennent entre eux, avec la famille du patient, ainsi qu'avec d'autres professionnels, qui rendent la gestion de leurs suspicions des mauvais traitements envers les enfants plus ou moins compliquée selon les particularités de la situation. Quand les cas sont clairs et les mauvais traitements facilement diagnostiqués, le processus se déroule sans incident. Par contre, lorsqu'un doute ou une incertitude apparaît, les participants insistent sur la valeur de la collaboration et de la communication entre collègues, au sein du réseau professionnel entourant l'enfant, ainsi qu'avec l'enfant et sa famille, pour arriver à une solution qui met l'enfant à l'abri du

danger potentiel et répond à ses besoins de développement harmonieux. Un accent particulier a aussi été mis sur la documentation et la transmission de l'information entre collègues durant le séjour de l'enfant à l'hôpital et, après, lorsqu'un signalement est transmis aux autorités.

Collaboration et communication entre collègues

Pour les participants, la collaboration est au centre des soins qu'ils fournissent aux enfants en général et spécialement lorsqu'une suspicion de mauvais traitements est annoncée par un membre de leur équipe. Ils citent l'importance de parler de la situation, de leurs observations et intuitions d'abord avec d'autres professionnels de leur équipe, ensuite aux professionnels d'autres services de l'hôpital (par exemple, des pédopsychiatres, des orthopédistes ou encore des éducatrices qui interagissent avec les enfants) et surtout avec des professionnel·le·s du réseau, notamment le pédiatre traitant de l'enfant et parfois d'autres professionnel·le·s en interaction avec l'enfant (telles que infirmière scolaire, psychologue scolaire ou externe, éducateur·trice·s, etc.).

Cette interdisciplinarité a été décrite comme « *fondamental dans la maltraitance* » par un médecin cheffe de pédiatrie, tandis qu'un autre a reconnu sa force comme « *l'intelligence collective* » provenant d'un grand nombre de professionnel·le·s de différentes disciplines qui ont des points de vue et des approches différents menant à des réflexions intéressantes pour la prise en charge de l'enfant.

La collecte et la transmission d'informations commence dès le début de l'interaction avec le patient. Si ce dernier est amené de son domicile à l'hôpital par ambulance, les ambulancier·ère·s sont encouragés à transmettre toute information qui ne paraît « *pas normale... ou logique* » (Un ambulancier) ou suscitant « *le moindre soupçon* » (un ambulancier) aux médecins ou infirmier·ère·s qui vont prendre en charge l'enfant à son arrivée ou même après le retour d'intervention, si cela ne s'avère pas possible sur place. À plusieurs reprises, les participants, médecins ou infirmier·ère·s, ont souligné combien l'information des ambulancier·ère·s est intéressante et importante pour ancrer leur vision de la situation, spécialement quand elle concerne l'environnement de l'enfant. Ce « regard ambulancier » est pris en compte par l'équipe médico-soignante et fournit une information supplémentaire à l'anamnèse car les ambulancier·ère·s sont « *plongé[s] dans le contexte dans lequel que [les patients] vivent* » (un ambulancier). Selon une médecin cheffe de clinique, l'équipe hospitalière « *devrait [en] tenir compte parce que vous êtes in situ, vous arrivez par surprise chez les gens... et [l'insalubrité] est assez révélatrice du quotidien de ces enfants-là* ».

La base de l'interdisciplinarité à l'hôpital se situe dans l'organisation de l'équipe autour du patient en commençant, en première ligne, par le binôme médico-soignant. Plusieurs

participants médecins et infirmier·ère·s remarquent qu'il « *n'existe plus de scission entre le monde médical et infirmier* » et une médecin cheffe remarque « *qu'il n'y a plus de hiérarchie entre [médecin-] assistants et infirmier·ère·s* » non plus. Ce changement amène les infirmier·ère·s à parler aux médecins. Une médecin cheffe d'urgences explique que l'équipe infirmière dit « *assez naturellement* » que « *c'est aussi ma tâche, ma responsabilité, on échange sur le sujet [des mauvais traitements envers les enfants, et si] on n'est pas d'accord, allons demander un arbitrage plus haut !* ». Selon plusieurs cadres médecins et infirmières, ces changements « *générationnels* » sont en cours depuis une dizaine, voir une vingtaine d'années. Une infirmière cheffe remarque que cette relation médecin-infirmière est largement pratiquée dans son hôpital et les médecins prennent en compte les observations des infirmier·ère·s puisqu'ils « *savent qu'ils ne passent que dix minutes avec l'enfant et que l'infirmière le voit plus longtemps* ». Selon un chirurgien pédiatre, la discussion des doutes et des moments de questionnement « *se base beaucoup sur [les observations de] l'équipe infirmière* » car l'équipe de médecins-assistants se renouvelle chaque six mois ; l'équipe infirmière offre une stabilité dans la dynamique de ce travail.

Les médecins et infirmier·ère·s, quel que soit le niveau hiérarchique, parlent de la « *grande richesse d'être en équipe* » et de l'importance d'échanger beaucoup ensemble pour « *ne pas banaliser, être au courant des signes, recevoir une appréciation des feelings* » qui sont à la base des situations suscitant de l'inquiétude (une infirmière). En effet, ce binôme médico-infirmier·ère permet un « *double regard* » qui commence par l'examen infirmier. L'infirmier·ère communique au médecin les suspicions suite à son examen, les dires de l'enfant ou celles des parents. Une médecin cheffe de clinique rapporte que le fait qu'un·e infirmier·ère transmette au médecin ou directement au médecin chef·fe ses suspicions :

...ne modifie pas le tri infirmier, mais elles vont venir nous voir tout de suite en disant, « Il y a cet enfant-là en salle d'attente, alors je l'ai mis en tri 5 (c'est-à-dire qu'il doit être vu en 3h) mais sois vigilante ». On ne va pas forcément les voir plus vite, mais on va être plus vigilant. On va peut-être y passer plus de temps [pour faire notre propre examen médical]. le médecin sera plus vigilant et consacra plus de temps [à son propre examen] ».

Une infirmière précise que « *c'est intéressant d'avoir les deux anamnèses parce que des fois [les patients] nous racontent quelque chose et après, avec le médecin ils peaufinent* », « *la force* » de ce double regard résidant dans la comparaison entre ces anamnèses, selon une médecin.

D'autres transmissions se font systématiquement au changement de garde pour l'équipe ambulancière et au changement d'équipe pour les corps médicaux et paramédicaux. Selon une médecin cheffe de clinique et un ambulancier, ces transmissions sont le plus souvent faites par oral mais elles peuvent être aussi faites par écrit, selon les notes de suite laissées dans le dossier du patient. Ces transmissions régulières, ainsi que d'autres qui peuvent être

demandées, servent en cas de doute ou d'inquiétude comme point de départ pour la discussion à propos de la démarche sur la prise en charge, les examens complémentaires ou traitements à faire, selon une médecin cadre. Une médecin cheffe insiste sur le fait que « *la décision d'hospitaliser un enfant en raison de suspicions [de mauvais traitements] est faite en équipe* ». Abordons comment la décision d'hospitaliser un enfant est prise et les particularités qui entrent dans le suivi si les mauvais traitements sont soupçonnés.

Particularités dans la prise en charge en cas de suspicion des mauvais traitements

Malgré le fait que « *le côté subjectif ne rentre pas dans le tri infirmier* » (un médecin), quelques situations peuvent susciter de l'inquiétude chez l'infirmier-ère de tri. Notamment, une grande inquiétude chez les parents (une infirmière), un comportement parental dépassé ou agité (un médecin chef ; un médecin), la mention de maltraitance par l'enfant ou par le parent (une infirmière), l'état psychologique de l'enfant et le degré des lésions (un médecin) va augmenter le niveau de tri : « *C'est un enfant qui va pas être à 4 ou 5, ça veut dire qu'il peut attendre plusieurs heures. Il va avoir au moins un 3* » pour être vue dans l'heure (un médecin). Par conséquent, pour mettre l'enfant en sécurité, il sera installé au calme dans un box plus vite en lieu de lui laisser dans la salle d'attente (une infirmière), puis, « *si la personne maltraitante est avec elle, je pense qu'on va faire intervenir un médecin assez rapidement* » (une infirmière).

Pendant les examens, l'équipe médico-soignante pose des questions systémiques ouvertes afin de mieux cerner l'enfant et son entourage dans sa globalité (un médecin). Malgré le fait que les professionnel·le·s ne reçoivent pas « *une formation précise pour la maltraitance, [ces questions] nous aident à [savoir] comment faire les recueils de données dans des situations* » (une infirmière). Un défi relevé par une infirmière est comment poursuivre cette ligne de questionnement en cas de suspicion de mauvais traitements, puisque « *plus on pose de questions, plus on a de réponses, plus l'enfant entend les réponses de la maman aussi... et à force ça peut être modifié. Donc... dans un premier temps le mot d'ordre c'était de pas poser trop de questions* ». Pour être sûre de ne pas ouvrir la discussion trop largement, l'infirmière dit à la famille « *après on va revenir avec le médecin pour discuter, pour l'instant on en parle pas plus. C'est juste savoir qu'est-ce qui vous amène, en très gros* ». Cette infirmière nous explique « *Quand c'est quelque chose de la maltraitance propre, c'est vrai que c'est quand même assez compliqué* ».

Plusieurs infirmier-ère·s parlent de l'importance de déshabiller les enfants lors de l'examen infirmier afin de pouvoir observer tout le corps de l'enfant. « *Quand on les installe, en général on les déshabille plus ou moins pour les peser. On a quand même toujours un œil, le but de les examiner c'est aussi pour regarder s'il n'y a pas quelque chose de frappant* ». Une infirmière cheffe de service insiste sur ce fait auprès des infirmier-de son équipe.

Je dis toujours aux infirmières : « Vous déshabillez les enfants tout nus ! » L'excuse c'est le poids. Le médecin doit examiner un enfant... en slip, mais nous, ça nous

permet de voir s'il y a des bleus. Parce que, évidemment, c'est hyper rare que l'enfant il arrive avec ce diagnostic de la maltraitance. La maltraitance [est] la pointe de l'iceberg ; on le découvre fortuitement aux urgences. Donc ce qu'on dit aux infirmières c'est « Vous déshabillez l'enfant parce que vous voulez le peser avec le moins d'habits possible, puis vous regardez l'état de la peau ! »

Selon ce qui est vu, ces observations du corps de l'enfant peuvent suggérer les examens complémentaires ou laboratoires à ordonner par la suite. Selon une autre infirmière cheffe de service et un médecin assistant, toutes les investigations ne sont pas faites aux urgences, mais certaines laboratoires, radios et examens sont mis en route pour « nous guider un petit peu en qu'est-ce qu'on cherche, mais, aux Urgences-même, c'est jamais clair d'emblée. On y pense [aux mauvais traitements], mais comme diagnostic différentiel (une infirmière cheffe). Cette notion d'incertitude est prévalente à travers nos entretiens, pour les participants à toute profession et niveau hiérarchique confondus.

Quant aux incertitudes, un médecin chef de pédiatrie explique qu'ils hospitalisent l'enfant afin « de se donner un temps d'observation en intra-hospitalier... pour avoir plusieurs pairs d'yeux sur cet enfant et, si possible, des yeux un peu neufs ». Il spécifie que quelques fois les enfants sont connus aux infirmier-ère-s d'hospitalisation et le fait de « tomber sur un tournus où c'est pas l'infirmière qui le ou la connaît le mieux... ce sera un regard un peu neuf... [offrant] plutôt un regard vraiment multiple, et c'est plutôt de ce dont on va s'aider » (un médecin chef). Une infirmière cadre exprime l'importance d'hospitaliser l'enfant pour pouvoir prendre le temps d'investiguer.

Si la situation n'est pas claire, qu'il y a un doute une fois aux urgences, histoire d'apaiser, d'aplanir les choses... pour évaluer, voir les interactions, [cela nous] permet de poser les choses, et puis ça permet d'observer l'enfant aussi, son développement... qui peut être un signe d'alerte ».

Une autre infirmière illustre cette pratique plus en détail.

Souvent quand il y a une suspicion de maltraitance... ils hospitalisent l'enfant pour une autre raison. On trouve toujours une combine : « un petit rhume, otite dont on est pas sûr. On voudrait recontrôler demain », des choses comme ça. Et, puis, on met un petit peu de distance et les parents ne « se méfient pas » entre guillemets. Et ça nous permet d'avoir un petit peu de recul pour essayer de creuser un peu la situation, voir si c'est des parents qui sont déjà suivis [ailleurs], comment le pédiatre connaît l'enfant et puis...ils ne disent pas de but en blanc « Vous maltraitez votre enfant, on veut le garder et vous ne devez pas rester ».

Le fait d'hospitaliser l'enfant aide l'équipe médico-soignante à investiguer plus longtemps et communiquer leurs inquiétudes aux enfants et leurs parents.

Communication avec la famille

Comment parler aux parents

La tâche de communiquer avec la famille est nécessaire et elle présente une opportunité d'observer les dires et comportements des parents et ceux des enfants afin de savoir comment procéder par la suite. Quand le cas est très clair, les participants préfèrent dire des choses plus directement aux parents, tandis que quand les éléments ne sont pas très clairs, ils trouvent d'autres manières de prendre le temps à investiguer, notamment en hospitalisant l'enfant pour parler directement de son vécu avec lui-elle. Une médecin décrit comment elle relie ses suspicions aux parents directement, en les disant :

On ne juge pas du tout ce qui se passe, qui fait quoi. Votre enfant présente des symptômes ou une fracture suspecte de maltraitances. Donc, on est obligé de l'hospitaliser pour le mettre à l'abri du contexte et puis refaire un petit peu tout le tour avec les équipes.

Selon un médecin chef de pédiatrie, « *La plupart du temps ça se passe correctement* ». « *Selon comment c'est expliqué, c'est assez bien accepté, pis, ils vont jouer le jeu* » (un infirmier). Mais, « *il y a toujours le risque que les parents refusent l'hospitalisation. C'est leur droit* » (une infirmière). Dans ce cas « *extrêmes* », les professionnel-le-s soulignent qu'ils feront toute de suite un signalement aux autorités (e.g., le SPJ ou un juge de paix) pour pouvoir garder l'enfant à l'hôpital pour lui soigner et protéger (une infirmière cheffe ; un infirmier ; un médecin chef). « *Le pédiatre a le droit de 'séquestrer' entre guillemets l'enfant, normalement* » (un ambulancier), « *mais il faut une ordonnance du juge. [Il] faut qu'on ait des arguments, après c'est le juge qui décide* » (une infirmière).

Un médecin assistant décrit qu'il est possible d'expliquer les raisons pour une hospitalisation « *sans devoir expliquer toute la suspicion qu'on a. Mais, dire qu'il y a une fracture ou quelque chose d'anormal, et que dans ces cas-là on regarde un peu plus long[temps]* ». Une infirmière remarque la délicatesse avec laquelle il faut discuter avec des parents. « *Quand on explique les choses aux patients, il faut quand même... avoir les gants pour poser les questions, pour pas les bloquer* ». Par conséquent, selon le médecin assistant cité ci-dessus, ces conversations vont être mieux acceptées par les parents si elles sont menées par un-e chef-fe de service que par un interlocuteur à son niveau, « *parce qu'il faut quand même une certaine responsabilité médicale et aussi un peu plus d'autorité* » pour communiquer ces faits aux parents.

Face à l'incertitude, l'hospitalisation est communiquée en guise d'un autre motif de l'équipe médico-soignante, mais toujours avec l'intérêt et le développement de l'enfant concerné au centre de leurs préoccupations. Une infirmière cadre met un accent sur le fait que « *l'hôpital a un rôle important à jouer en termes de prévention de la maltraitance* ». Elle décrit notamment que les parents peuvent consulter des pédiatres, des sages-femmes ou

peuvent faire hospitaliser leur enfant « *quand ça ne va pas* ». Elle et d'autres appellent cette pratique des « *hospitalisations sociales* » (plusieurs infirmières). Elles notent que les hospitalisations se font le plus souvent « *pour les tout petits* » (plusieurs infirmières) en motif « *d'épuisement maternel... pour éviter que les parents aient des gestes [maltraitants envers les enfants]* » (une infirmière).

Une autre infirmière en pédiatrie souligne que l'équipe médico-soignante profite de ce type de « *décharge parentale* » pour pouvoir observer l'enfant, initier « *le protocole des pleurs, c'est-à-dire qu'on note quand est-ce qu'il pleure* » et ensuite proposer aux parents d'y revenir « *gentiment, passer une nuit avec leur enfant... pour observer aussi le lien mère-enfant* ». Elle décrit que « *souvent c'est des jeunes parents, [et il faut] leur faire prendre confiance en leur potentiel de parents, ça c'est quand même important* ». Elle raconte une situation spécifique au focus groupe, où la mère a été hospitalisée pendant la grossesse pour la conserver et le père a eu des antécédents de suivi psychologique, et comment « *On leur a proposé de rencontrer la pédopsy... [afin de trouver] quelqu'un pour les suivre à l'extérieur* ».

Parler avec des enfants seuls

Quand les enfants sont plus grands et donc capables de s'exprimer par les mots, une hospitalisation leur offre l'avantage de pouvoir prendre le temps de se reposer et de se dévoiler s'ils expérimentent des mauvais traitements.

Ils peuvent se concentrer sur deux heures aux Urgences sur ce qu'ils vont dire, mais quand ils restent quelques temps... il y a des choses qui sortent, et après, je pense que l'enfant qui est aussi un peu plus grand, le pédiatre va essayer de voir seul... pour pouvoir poser des questions spécifiques, offrir un espace à l'enfant pour pouvoir s'exprimer parce qu'il y a [un] conflit de loyauté [pour l'enfant] quand il y a papa et maman à côté. (une infirmière cheffe)

Parfois, les médecins « *vendent [l'hospitalisation] comme une décharge parentale quand on a une doute* » (un médecin chef) pour pouvoir parler à l'enfant seul. Selon cette médecin cheffe de pédiatrie, « *On dit à la maman, 'On vous sent fatiguée, vous manquez de sommeil, rentrez donc un peu à la maison et on s'occupe de votre enfant.' Et on en profite pour tâter le terrain avec l'enfant sans ses parents* ». D'autres fois, les médecins demandent directement aux parents, « *surtout avec les adolescents, qu'on aimerait prendre un moment et discuter qu'avec l'enfant* » (un médecin).

Bien qu'il n'existe pas « *une [manière] systématique* » (une médecin cheffe) de parler aux enfants de leur vécu, « *tout dépend finalement de la relation qu'on arrive à établir avec l'enfant, en très peu de temps* » (un ambulancier). Certains enfants sont plus loquaces naturellement que d'autres, et selon une infirmière aux urgences, la liberté de la parole de l'enfant dépend souvent de l'attitude de ses parents. Si les parents ne « *laissent pas*

[l'équipe médico-soignante] approcher... les enfants parlent pas » (un ambulancier). En effet, lors du même focus groupe, une autre infirmière en pédiatrie complète que ces enfants regardent leurs parents en attendant « leur accord... c'est dans les yeux ». Un ambulancier au même groupe ajoute que quand le parent est séparé de son enfant du fait qu'il doit aller devant dans l'ambulance, « l'enfant arrive des fois à se lâcher un petit peu et puis on arrive à détecter des petites choses ». Lors d'un autre focus groupe, une infirmière en pédiatrie exprime des similitudes.

Je trouve qu'ils sont souvent quand même accompagnés d'une personne plutôt ressource que de la personne maltraitante. [Les autres de son groupe approuvent.] Et quand on écoute un petit peu ce qui se passe... il y a quand même un joli dialogue qui se passe entre les deux en attendant le médecin. C'est quand même un moment qui a l'air de poser un petit peu les choses [pour l'enfant].

Plusieurs médecins chef·fe·s donnent des astuces pour aider l'enfant à se sentir assez confortable pour divulguer des mauvais traitements, le cas échéant.

La démarche principale c'est de laisser l'enfant parler, lui demander ce qui s'est passé et puis l'écouter. Et pis une fois qu'il a bien décrit avec ses propres mots les choses, de voir dans ce qu'il a dit s'il ne faut pas le relancer pour compléter des bouts. Et, tout à la fin, vous posez les questions fermées ou le faire dessiner. Il y a plein de techniques, mais tout dépend du contexte, de l'âge [de l'enfant]. Un enfant de 2 ans ne peut pas faire la même chose qu'un enfant de 6 ou 12, c'est de cas-en-cas. (un médecin chef)

Une autre médecin cheffe de pédiatrie explique comment elle parle aux enfants pour partager ses inquiétudes. En parlant de ses propres inquiétudes dans un langage dont il peut comprendre, elle lui laisse le choix de parler de ses préoccupations à son rythme. Une fois que l'enfant soit seul à l'hôpital, elle admet qu'elle puisse prendre le temps aussi de l'observer hors l'influence de ses parents.

On essaie de se mettre à leur niveau, on utilise des mots simples quand ils ont 7-8 ans, donc, en âge de comprendre. On leur dit qu'on est inquiet pour eux, qu'on essaie de comprendre et qu'on voudrait les surveiller un petit peu à l'hôpital. On va jamais dire, « On pense que ta mère ou ton père te bat ». On les laisse un peu venir à nous après en hospitalisation. Des fois, ils livrent des choses... Donc, en général, on essaie de voir l'enfant seul, de voir comment il se comporte. (un médecin)

Justifier une hospitalisation à plus long-terme

Par contre, quelques participants parlent des contraintes liées à l'hospitalisation, notamment financières et des justifications médicales pour tenir un enfant à plus long-

terme. Une infirmière cheffe explique « *il faut hospitaliser avec un certain diagnostic, puis expliquer aux parents qu'on a besoin d'observer et puis on va pas toute de suite dire pourquoi on va observer certaines fois dans certaines situations* ». Un médecin chef souligne qu'il faut que le diagnostic tienne avec les observations de l'enfant et sa famille, aussi.

Je ne peux que les garder jusqu'à un certain point. Après... ça devient parfois difficile au niveau financier parce que je peux argumenter avec une raison médicale pendant quelques jours. Je ne peux pas garder quelqu'un 2-3 semaines sans que je mette des diagnostics très précis sur le formulaire. Là, ça devient aussi difficile. Si vous avez un enfant... [d'une] famille qui est actuellement [à l'hôpital] pour une mise à l'abri, qui est là déjà depuis longtemps, plus qu'une semaine... des gens qui ont des troubles post-traumatiques, au niveau médical on peut argumenter. On a assez de raisons. Mais si vous avez, parfois, d'autres situations qui nécessitent pas forcément l'hôpital, vous avez très peu d'arguments pour [la justifier]. Quelques jours, ça va, mais après plus long[temps] c'est... aussi prendre une décision, de prendre un peu de l'avant.

Garder les enfants hospitalisés à plus long-terme implique la recherche d'informations auprès d'autres professionnel·le·s pour aider à cette justification et/ou un contact avec le SPJ pour une solution de placement temporaire. Beaucoup de nos interlocuteurs, toute profession et niveau hiérarchique confondus, soulignent que si l'équipe médico-soignante principale n'arrive pas à un consensus quant aux suspicions de mauvais traitements, ils consultent à l'interne un·e médecin expert·e de mauvais traitements (si cette opportunité existe) ou ils demandent une « *réunion ponctuelle pour discuter des cas complexes* » en notant que « *c'est possible de se voir rapidement quand les gens sont disponibles* » (un médecin chef). Mais lorsque les membres de sa propre équipe ne sont pas disponibles, ils peuvent élargir le cercle de consultation en faisant appel aux autres professionnel·le·s de l'hôpital, du réseau externe ou encore du CAN Team.

Communication et collaboration avec un réseau élargi

Consulter le pédiatre traitant

Pour appuyer leurs anamnèses, beaucoup de médecins et infirmier·ère·s parlent de l'importance de prendre contact avec le pédiatre traitant de l'enfant. Cette relation est le plus souvent établie par téléphone sitôt que possible lors de la consultation mais avant que le·la pédiatre ait terminé sa journée. Grâce aux consultations multiples et régulières que le·la pédiatre a avec l'enfant et son/ses parent(s), son regard sur le développement de l'enfant et le fonctionnement de la famille devient prépondérant, spécifiquement en cas de suspicion de mauvais traitements. Ces échanges avec le pédiatre peuvent être mutuellement bénéfiques, ainsi que l'explique un médecin chef :

On essaie vraiment de replacer le médecin traitant au centre de la prise en charge pour pas le déposséder du patient mais, en même temps, on sait bien que dans ces situations-là, il peut être « content » ou « soulagé » de nous demander de faire un peu ces démarches-là, parce qu'il sait justement qu'il y a l'organe CAN Team, qui... aura plus de facilité... [car] dans une équipe, ils ont moins l'impression d'être pointé du doigt par une personne ».

Parfois, les pédiatres envoient leurs patients à l'hôpital pour profiter du plateau d'examen plus large qui y est offert, ainsi que le regard externe que d'autres professionnels peuvent fournir sur la situation de l'enfant. Ces pédiatres profitent d'échanger avec l'équipe médico-soignante sur leurs observations et parfois de se décharger du fait de procéder à un signalement. Un médecin chef de pédiatrie admet que certain·e·s pédiatres traitants sont emprunté·e·s et il·elle·s choisissent d'envoyer l'enfant à l'hôpital pour faire un signalement afin de préserver leur lien avec la famille : « *C'est toujours un risque de [signaler] parce qu'on est mal protégé en tant que particulier pour dire qu'il y a une maltraitance* ».

Consulter d'autres professionnel·le·s dans le réseau

Les participants ont mentionné d'autres professionnel·le·s auprès de qui ils prennent conseil, soit à l'hôpital, soit au sein du réseau plus large de l'enfant, afin de compléter leur vision sur celui-ci. Par exemple, l'équipe présente le·la pédopsychiatre de l'hôpital à l'enfant ou à sa mère car il·elle « *peut creuser un peu plus et mieux reconnaître les signes que nous* » (une infirmière). Ce lien avec le·la pédopsychiatre sert aussi à soulager l'enfant et l'équipe médico-soignante dans le même mouvement. Une infirmière cheffe explique que « *[l'équipe] somatique c'est 'le méchant'... ceux qui les ont gardés, ceux qui les ont pointés* » donc, les infirmier·ère·s encouragent l'enfant à « *faire une alliance avec le pédopsy pour qu'il puisse, lui, s'occuper de l'esprit [et] nous, du corps* ».

Les éducateur·rices de l'hôpital voient l'enfant autrement, lors de moments de jeu plus détendus par exemple, et peuvent observer la relation parent-enfant pour voir « *si le parent est attentionné avec l'enfant ou pas ou s'il est toujours en train de discuter avec les autres parents. C'est très enrichissant pour [détecter] ces maltraitances psychologiques* » (une infirmière). Dans d'autres occasions, l'équipe fait appel à l'enseignant·e, à l'infirmier·ère scolaire, au·à la directeur·rice de l'école, aux éducateur·rice·s ou à l'assistant·e social·e, le cas échéant, pour avoir une meilleure idée de comment l'enfant se comporte dans d'autres circonstances ou environnements. Toutes ces professionnels peuvent fournir un autre regard sur l'enfant car « *ils gravitent autour de l'enfant dans son quotidien* » (une infirmière cheffe).

Une infirmière raconte, par exemple, comment les enseignant·e·s ont adressé un enfant aux urgences. Elle estime, en général, qu'ils « *font un bon job de dépistage en voyant certains enfants qui arrivent peut-être le matin et qui n'ont pas beaucoup dormi ou qui n'ont pas déjeuné* ». Elle suppose que « *c'est eux qui tirent la sonnette d'alarme et qui passent par le*

pédiatre [scolaire] avec l'infirmière [scolaire. Ensuite], le pédiatre [scolaire] réfère après à l'hôpital pour approfondir un petit peu les situations » (une infirmière cheffe). Une médecin cheffe explique le risque de déresponsabilisation lors de la perte de la vision globale d'une situation quelle qu'elle soit :

Il y a un monde à l'extérieur, on est pas tout seul là-dedans, pour ces problématiques [de la maltraitance], je pense que c'est hyper important [de garder] cette vision-là, [car] si on a l'impression qu'on est isolés... c'est un des freins [au dépistage, au signalement]... Enfin, on va se dire « C'est pas mon job... moi je suis responsable de ce qui se passe ici, je suis pas responsable de ce qui se passe dehors »... Donc il faut [mieux montrer] l'ouverture du service sur le réseau extérieur ».

Consulter le CAN Team

Face à des informations incohérentes ou douteuses, quelle que soit leur provenance, d'une référence externe à l'hôpital ou d'un recoupement d'informations internes, l'équipe médico-soignante peut aussi prendre de la distance en faisant appel au CAN Team afin d'approfondir ses questionnements. Une médecin cadre constate que « nous, on a un rôle objectif, documenter. C'est tout. Car après ils vont être revus par le CAN Team, c'est à eux de décider ». Le CAN Team aura le rôle d'interpréter les lésions et de décider des démarches à entreprendre (civile ou pénale).

Le CAN Team est une ressource précieuse à l'enquête aux yeux des participants. Une infirmière cheffe cite plusieurs avantages, entre autres de pouvoir « échanger des points de vue contradictoires, se compléter, se comprendre... prendre du recul sans jugement... [et penser à] comment protéger l'enfant, comment aider une famille » avec « moins de frayeur, en parlant plus facilement des cas... avec plus de fluidité ». Une autre médecin cheffe explique que les réunions du CAN Team sont « très interactives avec beaucoup de place laissée à la discussion pour que les gens puissent s'exprimer ». En effet, échanger des informations avec le CAN Team offre aux équipes médico-soignantes la possibilité de « déléguer plein de choses et pour autant de donner l'information très rapidement » (un médecin). Un médecin pédiatre ajoute « qu'ils nous facilite grandement la tâche pour les signalements ou les liens avec le SPJ [Service de protection de la jeunesse] ou le procureur ».

Certains hôpitaux bénéficient d'un « relais... pratiquement non-stop, au niveau du CAN Team... [où] tout ne repose pas que sur une ou deux personnes » (un médecin), tandis que d'autres ressentent moins le besoin de cette présence. Malgré l'élargissement de l'équipe du CAN Team, qui offre « une meilleure accessibilité entre les réunions qu'avant » (une médecin cheffe), « ils ne sont contactables qu'aux heures ouvrables » (une médecin cheffe). Particulièrement convaincus de la pertinence de leur intervention, certains participants souhaiteraient pouvoir disposer d'un accès permanent au CAN Team, afin de

pouvoir aborder les situations complexes au moment où l'inquiétude surgit. Dès lors que les consultations interviennent souvent « *après le travail des parents, à 18h ou à 20h* » le soir (une infirmière cheffe), de pouvoir avoir accès aux services des CAN Team en dehors des heures ouvrables serait un appui précieux pour les équipes médico-soignantes qui ne disposent pas d'un expert interne auquel faire appel.

Pour ce qui est du retour des informations reçues du CAN Team, certains participants le trouvent « *très rapide* » alors que d'autres disent « *ne pas recevoir de retour* » ce qui peut être problématique. Par exemple, un infirmier explique « *j'aimerais bien savoir si [l'enfant] revient aux urgences, s'il est déjà signalé par le CAN Team* ». Une autre personne lors du même focus groupe complète en disant que c'est important de recevoir des informations pour connaître « *la conduite à tenir aussi par rapport aux parents, s'ils n'ont plus la garde. S'ils viennent aux urgences, est-ce qu'ils peuvent voir l'enfant ou pas ? Qu'est-ce qu'on est censé faire ?* » (une infirmière). Le CAN Team aide surtout à clarifier les situations, basée sur la présentation du cas et la documentation utilisée et accumulée.

Documentation

Les intervenant-e-s de tout horizon professionnel et niveau hiérarchique nous parlent de la documentation qu'ils sont obligé-e-s à préparer dans la course de leurs travaux respectifs. Il-elle-s soulignent l'importance « *[d']écrire de façon objective... les faits* » (une infirmière), « *les données médicales concrètes* » (un médecin assistant), ainsi « *[qu']au maximum toutes les choses qui sont dites* » (un médecin cadre), en se mettant « *ni du côté de la maman, ni du papa... [et] de récolter l'information avec l'enfant aussi* » (un médecin cadre), puisque la transmission orale ne suffit pas (une infirmière). Ils-elles mettent un accent sur le fait que toutes les informations enregistrées dans le dossier du patient sont accessibles par le patient ou ses parents (un ambulancier ; une médecin cheffe ; une médecin cheffe ; un médecin) et elles sont souvent demandées par les assurances (un ambulancier), mais ces derniers devraient avoir la permission du patient ou de ses représentants légaux pour les obtenir (un ambulancier).

Quant à la documentation sur les suspicions de maltraitance, les médecins et infirmier-ère-s reconnaissent qu'il existe « *un protocole, on a des investigations à faire. Dans notre vademecum fait par le CHUV, on a un chapitre sur [les mauvais traitements]* » (un médecin assistant ; une infirmière cheffe) qui inclut des fiches explicatives au sujet du CAN Team et comment prendre et préserver les photos pour les constats de coups et de bleus observés (une infirmière cheffe). Une médecin cadre explique que les seules informations objectives qui ont une valeur juridique sont « *ces documentations de statuts cliniques plus photos* ». Elle décrit que pour ce qui est des racontés, la police fait la déclaration car « *nous, on a aucune valeur. La valeur c'est tout qui est l'écrit* » (une médecin cadre).

Toutefois, plusieurs professionnel-le-s rapportent l'utilité de noter les paroles mêmes des enfants ou des parents en utilisant leurs « *propres mots* » pour éviter « *les dérives* » (un

médecin chef ; une infirmière cheffe). Une infirmière aux urgences remarque l'importance de noter les observations visuelles, ainsi que des éléments d'anamnèse dits à l'oral par les parents, par exemple, car si ces informations ne sont pas captées lors de l'examen infirmier, ce sont « *des choses qui peuvent être loupées, que les parents ne répètent pas au médecin* ». Elle admet que les choses peuvent être transmises oralement, mais les médecins insistent pour que les choses soient documentées par écrit.

Les médecins s'engagent à envoyer un résumé de la consultation hospitalière aux pédiatres traitants et ils-elles décrivent leur difficulté à toute transmettre comme, par exemple, « *une impression, une ambiance, un truc on a pas forcément envie de le mettre par écrit, on a envie de pouvoir échanger justement directement avec le pédiatre concerné* » (une médecin cheffe). Il-elle-s ont la possibilité d'inclure les informations du-de la pédiatre dans une « *note de suite* » quant aux informations concernant les mauvais traitements ou un signalement, par exemple, « *Suite au téléphone avec pédiatre traitant, discussion générale avec nos cadres de pédiatrie, décision de signalement au SPJ [Service de protection de la jeunesse]* » (plusieurs médecins chefs). Ainsi, la décision de ne pas poursuivre un signalement doit aussi être documentée dans les notes de suite (une médecin cheffe).

Signalement

Une fois rassemblés, les éléments provenant des observations, discussions et collaborations entre professionnel-le-s intra- et extrahospitaliers, ainsi que la documentation idoine, permettent à l'équipe médico-soignante de prendre une décision quant au signalement de la maltraitance. Un médecin chef de service précise à ce propos :

La maltraitance est comme une mosaïque. Alors, moi, je connais une chose, mais après... c'est seulement quand vous mettez dix ou quinze choses ensemble que ça donne une image finalement complexe et complète [de la situation]. À ce moment-là, quand vous avez l'information de toutes les parties, [vous pouvez] prendre la bonne décision.

Un médecin assistant souligne que « *la décision de signaler est une responsabilité qu'il faut prendre à plusieurs* ». Une fois que la décision de signaler la situation aux autorités est prise, le médecin assistant dans le binôme médico-soignant note ses observations et celles des collègues impliqués dans son rapport. Ce dernier est relu, et corrigé le cas échéant, par le ou la médecin chef-fe de service avant qu'il soit signé et envoyé formellement aux autorités compétentes. Plusieurs participants ont insisté sur le fait que la décision de signaler est prise en équipe, mais qu'une seule personne, généralement un-e médecin chef-fe, signe le document.

Une infirmière référente clinique relève que c'est plus simple de discuter avec des parents une fois « *qu'ils reconnaissent ou verbalisent, effectivement, qu'ils ont fait quelque chose [mauvais traitement envers leur enfant]* pour « *qu'ils puissent poser les choses* » et recevoir

du soutien dans un but de leur « *accompagner et puis d'essayer d'améliorer les choses* ». Un médecin chef de service explique que, pour les « *situations aiguës, ça se passe bien, parce que [l'équipe] se met d'accord extrêmement rapidement par téléphone... [sans avoir] besoin du réseau* ».

Mais, c'est différent en cas de viol. Un médecin chef de service explique que la police intervient dans les cas de maltraitances sexuelles pour procéder à l'audition des victimes et témoins et pour poser les indications pour que le-la médecin légiste puisse décider s'il faut faire un examen médical ou pas. Certaines infractions sont poursuivies d'office et le procureur fournit des renseignements quant à la procédure à suivre. Ce n'est pas une personne de l'équipe médico-soignante qui appellera le Service de protection de la jeunesse, mais le procureur qui le fera.

En cas de signalement, les médecins communiquent clairement avec la famille qu'ils sont obligés de signaler la situation aux autorités, en essayant de préserver la relation avec la famille autant que possible (une infirmière). Ils précisent encore que les autorités feront leur propre investigation pour déterminer la responsabilité dans la situation, et que l'équipe médicale les teindra informés des démarches qui suivront (un médecin chef).

Ce n'est pas un choix de notre part de [signaler] ou pas. C'est une obligation de notre part. Donc que dès le moment où on a une crainte, une incompréhension et tout, notre rôle c'est de protéger l'enfant, c'est de [signaler]. Et après, définir qui est responsable de quoi, ça c'est pas notre travail. (un médecin chef)

Parfois, l'équipe médico-soignante parle avec la famille d'un signalement pour une aide éducative uniquement et ne pas pour une raison punitive. Une sage-femme relève la peur qui expérimente beaucoup de familles au mention du mot « *SPJ* » car elles pense toute de suite « *[qu']on va m'enlever mon enfant* ». (une sage-femme). Les professionnel-le-s expliquent aux parents que ce type d'aide sert à donner des conseils éducatifs aux parents à courte-terme et les aidera plutôt « *à améliorer la cohésion familiale* » (une infirmière cheffe). Comme une infirmière cadre raconte, c'est le milieu difficile ou des situations compliquées, plus qu'un indice propre aux mauvais traitements, qui fait qu'il-elle-s discutent le signalement au SPJ avec les parents, même avant la naissance d'un bébé. Ensuite, « *le SPJ se déplace après un moment, justement parce que c'est notre rôle de prévention... aussi d'être un soutien pour les familles. De mettre en place tout ce qu'il faut à l'extérieur* » pour que les choses passent si bien que possible pour la famille dès la naissance de leur enfant (une infirmière cadre).

Malgré le fait que le signalement est un devoir professionnel, relève de la responsabilité de chaque membre de l'équipe médico-soignante, et sert comme un aide éducatif aux familles, plusieurs participants ont partagé leurs réticences et leur inconfort face aux conséquences potentielles pouvant suivre un signalement. En effet, ils ont relevé plusieurs sentiments liés à la détection de la maltraitance et à son signalement, notamment la peur de

faire mal à la famille et la peur d'être attaqué-e en justice, l'angoisse, l'inquiétude, l'inconfort, le dérangement, la frustration, la culpabilité, le fait d'être démuni-e « *face à la violence envers un enfant* » (un ambulancier) et même de l'empathie pour les parents « *d'être accusés à tort si on est pas responsable* » (une infirmière). Plus spécifiquement, plusieurs personnes décrivent la peur de « *déclencher toute une série de suites qui [peuvent] provoquer une catastrophe au sein de la famille* » (un ambulancier), amenant, par exemple, à la séparation des parents et donc la destruction d'une famille (un infirmier). Également, la peur que les parents poursuivent en justice la personne qui signe le rapport de signalement angoisse plusieurs participant-e-s, comme un médecin chef de service nous raconte que ceci lui est arrivé et que la poursuite dure encore des années. Parfois, la frustration prime quand la réponse des autorités n'est pas adéquate selon les constats du rapport ou qu'elle est trop lente à intervenir.

Comme un médecin chef de service explique, le processus de signalement « *se déroule...parfois mal au niveau des autorités. Il y a régulièrement des problèmes avec le SPJ de communication, de prise en charge* ». Il spécifie que la lenteur de certaines réponses de « *1 semaine, 10 jours, jusqu'à qu'on ait un assistant social qui est attribué au dossier* » est frustrante, spécialement si le cas tombe pendant que l'assistant-e social-e désigné-e est en vacances. « *On n'a pas d'assistant, et donc il n'y a pas de décision, ni quelqu'un direct ou un responsable avec lequel vous pouvez parler* » (un médecin chef). Après plusieurs lettres qui ne reçoivent pas de réponse de leur part, il s'exaspère « *[qu']on n'a plus de moyen de garder l'enfant à l'hôpital. Et à ce moment-là est-ce qu'il faut le faire rentrer [chez lui] en déclinant toutes les responsabilités ?* » (un médecin chef).

Face à la lenteur de ces autorités, un autre médecin chef de pédiatrie nous explique la difficulté de garder les enfants à plus long-terme et comment la dynamique peut changer entre l'équipe médico-soignante et la famille pendant l'attente d'une décision de placement, par exemple.

On est obligé d'accueillir les gens qui sont en détresse et après on est dépendant [sur] des autorités pour les placer. C'est pas nous qui pouvons placer des gens quelque part. Donc, si ça traîne et qu'ils font un mois à l'hôpital, c'est pas dans nos mains. On est embêté parce que ça nous occupe des lits, du travail et pis les gens, au bout d'un moment, l'attitude entre quelques jours et quelques semaines, elle change. Quelques semaines, c'est exagéré. Mais entre trois jours, le temps de trouver une solution, et pis 10 jours-2 semaines, ce n'est pas la même dynamique.
(un médecin chef).

Les émotions et ressentis des participant-e-s face aux mauvais traitements envers les enfants influent sur leur posture professionnelle et sur leurs perceptions de la maltraitance et sur la manière dont ils considèrent leur rôle dans la prévention, la détection et le signalement des situations potentiellement maltraitantes.

4.4. Perceptions des mauvais traitements

Les perceptions des mauvais traitements exprimées par nos participant·e·s se construisent sur la base de plusieurs influences, notamment les émotions et ressentis qu'ils expriment lors de la gestion des cas suspectés ou avérés (cf. Sect. 4.3), de leur formation (initiale, continue et informelle « sur le tas »), les messages sociétaux qu'ils perçoivent, ainsi que leur vécu personnel et professionnel face aux situations rencontrées. Perceptions et expériences en provenance de tous ces domaines contribuent à fonder la posture professionnelle que ces participant·e·s adoptent dans l'exercice de leurs professions respectives, en particulier de non-jugement envers des familles potentiellement ou effectivement maltraitantes envers leurs enfant(s).

Formation (initiale, continue, autodidacte et informelle/encadrement « sur le tas »)

Pendant la formation initiale, beaucoup de participant·e·s affirment qu'ils n'ont pas suivi de formations élaborées en matière de mauvais traitements. Une infirmière cheffe de service rapporte des éléments de sa propre formation initiale.

Dans la formation de base, je me souviens d'avoir eu un cours, mais c'était vraiment très superficiel et entre guillemets un peu « cliché », [avec des conseils du] genre, « [Quand] ils arrivent, il faut [les] déshabiller, puis si vous voyez qu'il y a beaucoup de bleus, vous devez poser beaucoup de questions ».

L'attitude à adopter face à une situation de maltraitance souligne les ambiguïtés, voire les contradictions existant au sein du personnel engagé dans les différents services. Ainsi, face au nombre de questions à poser existent des différences de pratique d'un hôpital à l'autre tout comme d'une génération à l'autre, par exemple entre cette infirmière cheffe de service et les infirmier·ère·s formé·e·s par la suite. Une infirmière d'un autre hôpital disait qu'elle avait été formée à ne pas poser trop de questions afin que les parents puissent en parler plus directement avec le médecin par la suite.

Plusieurs ambulanciers font part d'une grande lacune dans leur formation initiale. « *Dans notre formation, on a très peu de formation sur la maltraitance de manière générale. On a peut-être une journée de cours sur les trois ans d'études* » (un ambulancier) qui présente « *un aperçu de la détection, de ce qu'on pouvait voir* » (un ambulancier). Un autre ambulancier chef ajoute :

Je pense que certaines personnes manquent de formation, les jeunes qui débutent dans le métier, au niveau ambulance, on aborde de temps en temps le sujet [des mauvais traitements] durant la formation, mais il n'y a pas de repères ou vraiment

*une formation claire [et] nette par rapport à certains signes, à certains symptômes...
C'est l'expérience qui fait [apprendre] beaucoup de choses.*

Par ailleurs, les ambulanciers précisent qu'il y a peu de formation continue au sujet des mauvais traitements (plusieurs ambulanciers). Un ambulancier explique qu'appartenir maintenant à un service séparé de l'hôpital ne leur permet plus d'avoir accès aux formations continues de celui-ci. Au contraire, pour les infirmier·ère·s et médecins, les mauvais traitements sont davantage abordés en formation continue (bi)annuelle et durant les journées d'information pour les nouveaux collaborateurs, que durant les cursus initiaux. Le CAN Team (dirigé par le Dr Cheseaux) délivre principalement ces formations à Lausanne et se déplace dans les hôpitaux périphériques. Pour sa part, l'hôpital d'Aigle fonctionne de manière assez autonome, s'appuyant sur l'expertise du Dr Gehrke, actif dans le Chablais vaudois et valaisan.

Bien que les formations biannuelles puissent toucher aux divers sujets relatifs aux mauvais traitements, plusieurs participant·e·s ont abordé leur difficulté d'en parler avec les familles concernées et l'absence de formation spécifique à ce sujet. Une médecin explique ; *« J'essaie de faire au mieux, de ce que je connais de l'empathie et de comment j'imagine que moi j'aimerais qu'on aborde le sujet avec moi si on devait le faire un jour »*. Une médecin cheffe de pédiatrie insiste sur le fait que l'absence de formation spécifique à propos de l'entretien à conduire avec un enfant en cas de suspicion de mauvais traitements rend cette tâche particulièrement difficile à mener.

On n'a pas de formation, même moi, j'ai beaucoup d'années de pédiatrie. Mais quand on doit enquêter ou faire un entretien avec un enfant qui peut être victime de maltraitance, personne, je parle de moi, mais on n'est pas formé. Parfois c'est très difficile. En fait le CAN Team a plus d'expérience. Mais si je devais amener un formulaire, des questions ouvertes pour qu'il puisse s'exprimer, c'est pas facile.

De manière générale, les formations continues sont orientées sur la détection des signes physiques des mauvais traitements et sur les signes « classiques » de non-concordance entre l'anamnèse et les symptômes physiques. En effet, ce qui est vu ne représente que *« la pointe de l'iceberg »* (un ambulancier ; un médecin chef ; une infirmière cheffe). Pour les mauvais traitements psychiques, plusieurs intervenants affirment qu'il n'y a pas de formations spécifiques et que cette catégorie est *« presque... indétectable »* (un ambulancier). Donc, les discussions interdisciplinaires sur des cas vécus ou non détectés sont très appréciées et considérées comme indispensables par les participant·e·s.

Malgré la diffusion de l'information et le fait que de celle-ci soit appréciée, les formations en colloque interne ne sont pas obligatoires. Effectivement, plusieurs participant·e·s ont noté que le taux de rotation des médecins assistants et les horaires des infirmier·e·s, en particulier, rendent l'organisation de la formation difficile et entrave son accès. Rendre les formations obligatoires n'est pas gérable, ni d'un point de vue logistique, ni financier. Comme une médecin cheffe l'explique *« Souvent ils sont en première ligne... et*

effectivement ils sont... sous pression aussi tous. Ils ont beaucoup d'heures, beaucoup de travail et les faire venir pour un colloque de deux heures c'est compliqué ». Par exemple, pour organiser un colloque sur ce thème, il faut trois sessions, payer les heures et trouver des remplaçants pour garantir le fonctionnement des services. Donc, « *pour un truc qui a l'air super basique, en fait, au niveau de l'organisation, c'est tout de suite compliqué. Donc, pour l'instant c'est des formations qui leur sont ouvertes, où ils sont plus que bienvenus mais pas du tout obligatoires* » (une médecin cheffe).

Par contre, tous les collaborateurs ont accès à la documentation donnée lors des formations continues en ligne ou via le serveur de leur hôpital. La formation continue et la documentation de cours permettraient aux cadres de transmettre le message que les mauvais traitements concernent plus fréquemment les enfants que nous ne le croyons, qu'il faut y penser, régulièrement réactiver la vigilance des équipes et faire des débriefings interdisciplinaires.

Parfois, les professionnel·le·s, à la quête d'informations, suivent une formation de manière autodidactique. Peu de participant·e·s mentionnent ce type d'expériences, mais l'illustration peut servir d'exemple pour encourager l'acquisition de connaissances par ce biais. Poussé par son intérêt, un ambulancier a consacré son travail de diplôme à ce sujet, en développant un outil de travail. Son idée était que les ambulancier·ère·s confronté·e·s aux mauvais traitements puissent savoir « *qui avertir [et] comment. Est-ce qu'il faut avertir les médecins, le SPJ, la police ?* » par exemple. Son outil « *permet d'aiguiller l'ambulancier par rapport aux différentes situations qu'il pourrait rencontrer, sur qu'est-ce qu'il peut faire, pour trouver une solution* » (un ambulancier). Une médecin cheffe des urgences raconte qu'elle a fait à titre personnel « *pas mal de lectures... et de recherches sur la prise en charge des enfants et, notamment, la réaction psychologique des enfants en cas d'évènements majeurs, de la violence subie, des réactions au stress, etc.* », ce qui aide dans son travail, selon elle.

Selon nos participant·e·s, la formation à la détection des mauvais traitements se fait surtout par la pratique au quotidien. Elle passe par la transmission de connaissances et réflexes des cadres aux plus jeunes. Selon un médecin chef, « *On leur fait un retour, et puis on essaie surtout de démystifier un peu. Le fait d'en parler [est très important]* ». Une infirmière cheffe d'unité de soins parle du rôle de l'expérience dans la détection des mauvais traitements et comment le fait d'échanger entre collègues est très formateur à la pratique de la détection des mauvais traitements.

Le fait de côtoyer toute cette maltraitance, de côtoyer tous ces enfants qui sont hospitalisés pour la pédopsychiatrie, qui n'est pas forcément tout le temps en lien avec la maltraitance, on apprend aussi, malgré nous, à connaître un peu tous ces comportements [en lien avec la maltraitance]. (une infirmière cheffe)

Quand on débute en tant que jeune infirmière, quand on débarque dans le service, en pédiatrie, en général, je pense qu'on peut se prendre quand même une claque

de se dire « Mon Dieu, il y en a autant [de mauvais traitements]» (une infirmière cheffe). En discutant aussi avec les collègues, toutes les transmissions infirmières, matin, soir, c'est des transmissions assez formelles, mais les gens donnent aussi leurs impressions de ce qu'ils ont vécu avec le patient dans la journée. En fait, je pense que c'est dans ces moments-là que les gens apprennent. (une infirmière cheffe)

Une médecin cheffe de pédiatrie explique comment les plus expérimenté·e·s transmettent leurs connaissances à propos des mauvais traitements et de leur détection aux collaborateur·trice·s en formation.

On va essayer de leur donner des conseils en fonction d'une situation X ou d'une situation Y... même pour un enfant qui vient pour une pathologie médicale à proprement parler. On va essayer de sensibiliser l'assistant. Avec [leur] manque d'expérience... ils nous parlent d'une situation qui nous fait tiquer sur « Est-ce qu'il n'y a pas quand même quelque chose de maltraitance ou de négligence sous-jacente ? » Et, puis, on en discute avec l'assistant. On leur expose notre point de vue pour leur montrer aussi que l'enfant qui va venir pour des vomissements isolés. [Par exemple, si l'assistant nous dit] C'est pour une gastro-entérite ». [Nous devons le rendre attentif], « Oui, mais attends, il n'a pas de fièvre, il n'a pas de diarrhée, il va bien [physiquement]. À quoi d'autre tu pourrais penser ? »

Cette médecin cheffe soutient l'idée que la connaissance par les livres n'est pas suffisante dans la détection des signes ou des « red flags » qui indiquent les mauvais traitements. C'est le rôle des plus expérimenté·e·s de transmettre l'information et d'encadrer les collaborateur·trice·s pour faire face aux situations de potentiels mauvais traitements. « Les livres sont bien gentils mais dans la pratique... à tous les niveaux, je pense, vraiment [de] leur inculquer des 'red flags', qu'ils doivent se dire 'Là, je dois être vigilant'. C'est notre but de formateurs envers les médecins assistants ». Effectivement, les jeunes sont en première ligne et si le·la médecin assistant·e ou l'infirmier·ère ne pense pas aux signaux d'alerte, la situation risque d'échapper à la détection.

Cet enseignement qu'ils nous donnent aux urgences [est] de vraiment être attentif malgré le temps d'attente, malgré toutes les circonstances des urgences... Au [service des] Urgences, des fois on prend peut-être pas le temps à cause des urgences et le fait que ça bouge beaucoup et que ça change de mains, [mais] ils nous alertent [aux mauvais traitements] et du coup on est conscient de ça pour ne pas [les] louper. (une infirmière)

L'idée d'une meilleure formalisation de cette formation « sur le tas » à la détection des mauvais traitements mérite d'être examinée attentivement. Ceci a d'autant plus d'importance que plusieurs de nos interlocuteurs ont plaidé en faveur d'un développement de l'information et de la formation sur la maltraitance.

Le rôle des représentations sociales et culturelles

Les perceptions des participant·e·s à propos des discours et des représentations sociales relèvent un défi supplémentaire lors de certaines prises en charge d'enfants. Par exemple, plusieurs personnes ont indiqué que pour certaines familles étrangères, certains actes sont considérés comme éducatifs plutôt que maltraitants. Les familles les utilisent, ou pas, devant le personnel médico-soignant en fonction de ces croyances et des conséquences potentielles qui peuvent en suivre.

Les gens savent que devant la police ou devant les infirmiers et médecins, il faut juste faire un petit peu attention avec leur enfant... [par exemple] de taper le petit [derrière] avec des Pampers, juste le mouvement de le faire, pour moi, je ne vais pas le classer comme maltraitant. Il y a certaines cultures qui utilisent [les fessées] comme forme d'éducation, que les autres n'osent pas. C'est aussi la différence culturelle qui existe entre les différentes personnes. Mais les gens savent que taper la tête devant certaines personnes, certains groupes de professionnels, ils ne vont pas le faire parce qu'il y a toujours des conséquences. (une infirmière)

Parfois, ces différences culturelles entravent la communication des professionnel·le·s envers les parents. Pour certains-un·e·s, il est difficile de parler des mauvais traitements(potentiels). De ce fait, il·elle·s n'osent pas aborder ouvertement la question avec la famille et pis, même avec leurs collègues. Une infirmière raconte la crainte de quelques collègues, particulièrement les plus jeunes, face à ce type de discussion.

On peut briser une relation avec la famille. On a énormément d'étrangères qui viennent... La culture est différente, l'histoire de frapper l'enfant dans leur pays – c'est pas pareil. Alors, du coup, c'est vraiment très délicat et, des fois, on n'est même pas sûrs. Il y a des nouvelles infirmières, par exemple, qui peut-être n'osent même pas dire [au médecin] assistant ce qu'elles pensent [à propos des mauvais traitements potentiels].

Une infirmière en pédiatrie affirme qu'une difficulté peut naître de la confrontation entre les valeurs personnelles des intervenant·e·s et leur responsabilité d'informer les parents de culture différente des lois et des coutumes suisses à propos de la bientraitance envers les enfants.

[Le fait d'en discuter] met aussi en lumière notre propre rapport à la maltraitance : où est-ce que ça commence et où ça s'arrête ? Et à notre complicité à quelque part... Chacun doit prendre sa responsabilité de dire, « Moi, je ne suis pas d'accord avec ce qui se passe. Dans notre société, dans notre pays, ça ne se passe pas comme ça ». C'est notre devoir d'informer la personne en face que [la maltraitance] c'est pas autorisé chez nous, sans pour autant qu'il y ait forcément une sanction [pénale] derrière. Mais en tout cas, que ce soit dit et que ce soit repris et, puis, qu'il y a quelque chose qui soit mis en place [pour protéger l'enfant].

De même, le niveau socioéconomique de la famille et les implications culturelles qui peuvent en découler pourraient constituer un obstacle à la détection des mauvais traitements. D'une part, quelques participant-e-s semblent confondre pauvreté et négligence et, d'autre part, ils peinent à considérer la négligence en tant que forme de mauvais traitement.

Je trouve qu'il y a beaucoup de cas, peut-être pas de maltraitance, mais de négligence. Donc, je pense que c'est lié à [cette] région... C'est une région où il y a pas mal, entre guillemets, de « cas sociaux ». C'est une région où il y a des loyers bas. Donc, je pense qu'il y a un biais de recrutement [pour les statistiques de maltraitance]. (une médecin cheffe)

Par ailleurs, l'équipe médico-soignante peine parfois à prendre en considération qu'un enfant provenant d'une famille aisée puisse aussi être concerné par ce phénomène. Ou, au contraire, que l'équipe soit plus vigilante à la situation d'un enfant provenant d'une famille rurale ou socio-économiquement précaire. En effet, la représentation sociale d'un enfant maltraité correspond plus à celle d'un enfant pauvre, par l'association fréquente des stéréotypes de pauvreté et de négligence dans le discours social commun.

C'est vrai qu'ici on a vraiment deux populations différentes. On a... des populations aisées, hauts niveaux socio-professionnels... où on va avoir l'image « [de la maltraitance] peut pas se passer chez eux ». Et, puis, on a la population un peu plus rurale... où il y a des paysans... au milieu socio-économique plus bas, au niveau éducationnel un peu plus bas, où je pense qu'il se passe des tas de choses, mais, où, par contre, c'est très opaque comme milieu. On parle encore moins [des mauvais traitements], et où ça va être encore plus difficile à détecter, je pense. Mais, on va peut-être être un peu plus attentifs [à ces derniers] parce qu'on dit « Ils viennent de ces milieux-là ». (une médecin cheffe)

Un ambulancier chef affirme comment le fait d'entrer le domicile d'une famille peut stimuler ses impressions, ou « préjugés », de potentiels mauvais traitements ou, au contraire, les réduire en fonction de ce qu'il découvre. Mais il souligne aussi l'importance de ne pas se laisser gagner par ses préjugés et de se concentrer sur la tâche à accomplir.

Un enfant a un bras cassé... on arrive et l'appartement est propre et bien tenu, on se dit « Ouais c'est des gens bien ». Maintenant on rentre dans un appartement qui est mal tenu, où il y a du linge qui traîne, et on se dit « Est-ce que l'enfant n'est pas maltraité » ? Pis, on doit mettre [ces impressions] en arrière parce qu'autrement c'est un jugement de valeur qui n'a strictement rien à voir avec ce qu'on a à faire.

Globalement les interlocuteurs-trices rencontré-e-s semblent pourtant conscient-e-s de la nécessité de se distancier de ces impressions. Par exemple, une infirmière aux urgences dit que « [la maltraitance] peut arriver dans n'importe quel milieu social » et l'autre, qui travaille en pédiatrie, la complète : « Oui, c'est ça, y a pas de milieu pour la maltraitance ».

La perception du service d'urgence par les familles semble évoluer. Ainsi, quelques participant-e-s remarquent que la diffusion de l'information préventive à propos des mauvais traitements est susceptible de rendre les familles plus demandeuses de services sociaux et hospitaliers. Comme une infirmière aux urgences le remarque « *Les gens viennent plus demander de l'aide, avant d'en arriver à des situations extrêmes* » car « *[ils] se sentent un peu dans leurs droits de dire 'ça va pas'... pour ceux qui ont pas maltraité [leur enfant]* ».

Selon plusieurs infirmières et sages-femmes, les parents ne sont pas toujours conscients des difficultés rencontrées par de nombreuses familles à gérer les obligations actuelles de la parentalité. Selon elles, il faut diffuser le message « *On n'est pas des super mamans !* » Une infirmière insiste même sur le rôle de l'hôpital dans la prévention de l'épuisement parental en diffusant aux parents le message suivant : « *On est là pour l'urgence mais s'il y a un besoin autre, il y a aussi d'autres possibilités. On peut [vous] mettre en contact avec d'autres structures où [vous pouvez] avoir de l'aide* ».

Vécus personnel et professionnel

La sphère privée de l'intervenant-e peut aussi influencer sa manière de percevoir les mauvais traitements envers les enfants. Le fait d'avoir soi-même un enfant ouvre sur une forme de compréhension. « *On fait vite un transfert* » (un ambulancier) en se projetant dans la situation des parents plus facilement (un ambulancier). Un référent clinique aux urgences rejoint cette idée, en accord d'autres membres de son groupe. « *Je dis que tous ceux qui ont eu des enfants en bas âge, ils arrivent à se représenter ça (infirmière aux urgences : « ah, mais bien sûr ») s'ils l'ont pas vécu, ils arrivent à se dire 'Moi, j'étais pas loin'* » (un médecin). En parlant d'une situation spécifique, une infirmière a trouvé limite une prise en charge où un enfant n'a pas été hospitalisé car elle a pu mieux se représenter la situation, ayant des enfants du même âge. « *J'ai des enfants qui sont à peu près de cet âge-là. Ou imaginer justement que cette prise en charge... que cette enfant est laissée comme ça avec sa maman [alcoolisée]... je regarde par rapport à mes enfants, effectivement* » (une infirmière).

Quelques médecins font part du fait que leurs perspectives sur les mauvais traitements ont évolué avec le temps et avec l'expérience professionnelle. Ils disent mieux comprendre qu'un être-humain puisse en arriver à maltraiter son enfant sans toutefois excuser le passage à l'acte, mais que le personnel médico-soignant peut rester en lien avec le vécu des parents dans l'histoire sans les juger négativement.

Moi si j'ai un peu changé ma vision des choses avec le temps c'est... un peu moins d'a priori négatif vis-à-vis des familles. Même quand les parents sont authentiquement maltraitants... Alors, ça peut être paradoxal, je ne suis pas en train de déculpabiliser un parent qui a secoué son enfant et qui l'a jeté à travers une pièce... ça reste des choses dramatiques, mais... on se rend compte que, même quand... [cela est avéré], alors quelques fois on se trompe sur le vécu des parents. On se trompe sur l'acteur. (un médecin chef)

Une autre difficulté doit être surmontée par les professionnel·le·s expérimenté·e·s dans la formation ou accompagnement informels de leurs collaborateur·trice·s est de cadrer la subjectivité liée à leur vécu professionnel antérieur. Une médecin cheffe des urgences a rapporté la situation d'une médecin, plus jeune, qui a vécu une mauvaise expérience en signalant un cas de maltraitance aux autorités, suite à laquelle la famille « a été détruite ». Elle a dit sa réticence à signaler d'autres cas en raison de cette expérience particulière. En lien avec cette situation, la médecin cheffe des urgences explique comment elle essaie d'aider les plus jeunes autour des questions du signalement tout en respectant leur propre vécu :

Toutes les expériences vont entrer en ligne de compte, qu'elles soient positives ou négatives. L'expérience c'est un truc... Comme ça reste de la détection, alors, oui, il y a des éléments objectifs, mais il y a beaucoup d'éléments subjectifs et puis ceux-là... on peut pas transformer les gens, quoi. Enfin... on ne peut que les informer, leur donner des autres inputs pour qu'ils puissent un peu changer leur subjectivité, mais on peut pas les transformer radicalement et puis faire que leurs expériences précédentes n'existent plus.

Plusieurs participant·e·s chef·fe·s de service parlent de leur rôle d'encadrant dans la construction de la posture professionnelle des jeunes collaborateur·trice·s. Souvent, cela se passe d'une part par la reconnaissance du parent en tant qu'être humain en « souffrance » et d'autre part par le développement de la compréhension pour le positionnement des parents qui doivent faire face à un cadre médical qui porte la responsabilité de signaler les cas de mauvais traitements envers des enfants.

Posture professionnelle

Le fait de pouvoir se projeter dans des situations grâce à son vécu influence, à son tour, la posture professionnelle que les intervenant·e·s affichent face aux parents. La grande majorité des participant·e·s parlent d'une posture de non-jugement qu'il·elle·s utilisent en entrant en contact avec les parents et les enfants. Cette posture laisse ouverte la possibilité de se tromper dans ses suspicions pour ne pas accuser des personnes à tort.

Dans la pédiatrie, on est très sensible à trouver les signaux [des mauvais traitements], les blessures, mais après c'est très difficile à accepter. Donc, parfois on veut s'assurer... On est l'avocat des enfants, donc on est très sensible à dépister et à être un peu alerte des choses qui nous ne semblent pas normales. Mais, après, on a de la peine à accepter que ce soit possible. D'un côté on est très sensible mais après, on [se] dit « Mais peut-être que ce n'est pas ça, peut-être qu'il y a une explication »... Donc, même si on suspecte, on a toujours l'espoir qu'on a tort. (un médecin cadre)

Un médecin chef de pédiatrie souligne l'importance de rester dans une logique d'aide et de « décortiquer ce qu'il y a derrière tout le tableau familial ». Pour lui, cela veut dire qu'il

faut écouter les parents raconter leur histoire, car « *tout ça, se décolore* », puis investiguer, chercher à comprendre, se donner du temps, puis être souple et prêt à découvrir que des suspicions de mauvais traitements ne se confirment pas, tout en ayant le courage d'entrer dedans.

Il dit qu'il faut traiter les situations de mauvais traitements comme d'autres situations médicales : « *C'est comme une pneumonie qu'il faut traiter. Nous, on n'est pas là pour juger ou pour stigmatiser [les parents]. Vraiment on est là pour aider cette famille à se sortir de cette situation de souffrance* » (un médecin chef). Une autre médecin cheffe de pédiatrie souligne l'importance de l'aide qui peut être apportée à la famille.

On leur explique [aux parents] que c'est vraiment dans le but de les aider, vraiment de trouver des ressources pour le bien-être et de les aider dans leur vie quotidienne. On va jamais leur dire « On va signaler parce qu'on veut que votre enfant, il soit retiré, on veut un retrait de garde ». C'est pas le but. C'est vraiment de trouver la meilleure solution pour cette famille. (un médecin chef ; une médecin cheffe)

Un médecin chef des urgences raconte comment les parents, même ceux qui sont véritablement maltraitants, méritent une considération de non-jugement de la part du personnel hospitalier. Une métaphore résume ce propos disant que toute personne est auteur-e de sa vie et les chapitres qui précèdent ne sont pas toujours visibles aux lecteurs-trices qui tentent de comprendre la page ouverte aujourd'hui.

C'est souvent ce qu'on dit aux plus jeunes, « Attention à ne pas juger trop vite, en tout cas les parents ». Et même si on est tenté de le faire, parce que les situations sont évidentes, [il faut] se rappeler ce sont quand même des humains et puis que s'ils en sont arrivés là, c'est qu'ils ont peut-être une trajectoire de vie qu'on connaît pas bien ou qui mériterait d'être connue et puis, voilà, essayer de comprendre ce qui a pu se passer. On n'est peut-être pas, nous, en mesure d'être ceux qui les aideront, mais peut-être, en tout cas, avoir une vision plus nuancée de la chose. (un médecin chef)

Plusieurs participant-e-s parlent de la difficulté de rester dans une posture neutre et non jugeante quand l'enfant paraît instrumentalisé lors d'un conflit parental ouvert ou latent. Une infirmière explique comment ces enfants peuvent être hospitalisés pour être placés à l'abri des conflits parentaux. « *Entre les parents il y a des conflits et les enfants sont au beau milieu. Il y a aussi beaucoup d'enfants qui sont hospitalisés... les adolescents surtout... mis à l'abri parce que les parents n'arrivent pas à gérer [leurs propres comportements]* ». Dans un autre focus group une infirmière décrit les enfants comme « *otages* » de ces situations. Parfois, la demande des parents implique de faire ce que le personnel médico-soignant appelle « un constat de coups ».

Cela concerne avant tout les situations familiales de séparation ou de divorce, juste avant que le week-end ne commence, après que l'enfant a passé la semaine chez l'autre parent,

ou après la fin du week-end passée avec l'autre parent. Cette instrumentalisation de l'enfant rejailit, par conséquent, sur le personnel médico-soignant.

Souvent, les enfants, malheureusement, deviennent des instruments au sein du procès, et ça on le voit des fois beaucoup trop. Soit les vendredis, soit les lundis... c'est vraiment psychologique, d'une instrumentalisation juridique de l'enfant en fait, au sein de ce divorce. On voit des mamans qui viennent le vendredi après-midi pour dire « Moi je ne suis vraiment pas sûre de laisser mon enfant le week-end au papa » ou l'inverse. Le lundi matin, à la récupération de l'enfant « Je l'ai laissé avec le papa le week-end. Regardez ce que je trouve chez mon enfant. » Ou, le samedi matin, le papa qui récupère chez la maman, en disant « Là ça fait deux semaines que je n'ai pas vu mon enfant. Regardez ce qu'il a ». Tout ce genre de choses. (...) Des fois c'est justifié, mais la majorité des cas, on a l'impression quand même que c'est pour dire « Nous, on veut un papier pour après que j'aïlle avec l'avocat pour montrer qu'en fait c'est une mauvaise mère ou un mauvais père ». Vraiment de l'instrumentalisation... qu'ils nous instrumentalisent, qu'ils instrumentalisent l'enfant avec nous pour avoir, eux, des bénéfices au procès. (un médecin chef)

Le même médecin chef de pédiatrie explique, comment cette instrumentalisation de l'enfant peut être, à ses yeux, une maltraitance psychologique auprès de l'enfant, en fonction de leur capacité à comprendre les enjeux parentaux.

[Selon] l'âge des enfants, s'ils sont tous petits, eux en entendant [la demande de constats de coups] ils ne peuvent pas se poser la question. Mais déjà quand il a 5 ou 6 ans, l'enfant comprend très bien qu'un des parents est en train de critiquer l'autre parent. Et ça, y a rien de pire pour un enfant. Qu'un papa dise d'une maman que c'est pas une bonne mère pour un enfant, c'est une des pires maltraitements psychologiques pour un enfant. Parce qu'après quand il passe du temps avec son parent, il se dit « Lui, de toute façon, c'est pas un bon parent pour moi ». C'est principalement ça. Après les plus grands, ils se rendent compte aussi de beaucoup plus de choses, qu'au fond, « On vient pas à l'hôpital pour mon bien, mais parce qu'on veut utiliser ça dans le procès [juridique contre l'autre parent] ». Je ne pourrais pas vous dire des âges, parce qu'après c'est aussi très dépendant de comment les parents communiquent ça aux enfants.

Face aux situations difficiles à décortiquer, un médecin chef des urgences exprime l'importance de la communication entre équipier-ère-s et avec les parents afin de pouvoir obtenir les meilleurs résultats avec la prise en charge de l'enfant, et de la famille plus globalement. Cette communication et l'engagement de la part du personnel médico-soignant de rester dans une position de non-jugement aident à maintenir le lien.

[La maltraitance] est déjà difficile à diagnostiquer, c'est-à-dire la maltraitance sur des manifestations aiguës. En particulier, on insiste beaucoup sur les aspects de communication, les aspects éthiques, les aspects de respect de la famille, d'essayer

de quand même de faire le tour de l'entier de la situation pour ne pas non plus arriver à des conclusions trop hâtives, à essayer tous ces aspects un peu éthiques, et d'accompagnement, même si on est absolument convaincu que ce sont des parents qui activement ou passivement sont maltraitants. L'idée c'est quand même de toujours garder l'alliance avec eux. (une médecin cheffe)

Un message récurrent de nos participant·e·s est de « *ne pas rester seul·e avec sa gêne* » dans n'importe quelle situation, mais surtout en cas de suspicion de mauvais traitements. Une médecin cheffe d'urgences explique comment elle présente les choses aux médecins assistant·e·s, spécialement les étudiant·e·s en orthopédie et en chiropraxie, qui sont, selon elle, moins habitué·e·s à la finesse nécessaire à la détection des mauvais traitements que leurs collègues en pédiatrie, par exemple.

« Si vous avez un souci, s'il y a un truc que vous sentez pas, vous m'en parlez, [pour] qu'on puisse justement faire appel à de l'aide extérieure spécialisée. Justement, on ne reste pas, nous, avec [cette gêne]. Le but c'est pas de vous faire du travail supplémentaire et c'est pas de vous envoyer dans une voie où ça va être compliqué pour vous. C'est justement, au contraire, de rendre les choses plus simples ».

Dans le serment d'Hippocrate, les médecins déclarent ne pas vouloir faire de mal et de chercher à traiter les patients avec bienfaisance. Un autre message phare des chef·fe·s de service de toutes les professions confondues qui les aide dans les situations des mauvais traitements est « *Pour arriver à un résultat, il faut d'abord mettre le cadre autour* » (un médecin chef).

De façon synthétique, pour détecter les mauvais traitements, les professionnel·le·s cherchent à :

- noter les observations objectives provenant des signaux d'alerte physiques, verbaux et non-verbaux en provenance des enfants et leurs parents ;
- promouvoir la communication entre membres de l'équipe médico-soignante en cas de doute ou de suspicion ;
- encadrer les jeunes en formation dans le développement de leur questionnement et de leurs réflexes face aux mauvais traitements ;
- maîtriser leurs propres perceptions des mauvais traitements provenant de leur vécu personnel et professionnel, des représentation sociales, et leurs formations respectives pour pouvoir communiquer avec les familles de manière respectueuse sur la base d'une posture professionnelle réfléchie, informée et non jugeante ; et, finalement,
- collaborer avec les autres professionnel·le·s à l'interne et à l'externe de l'hôpital afin de documenter et transmettre les observations objectives des mauvais traitements dans le meilleur délai aux autorités compétentes sous la forme d'un signalement.

4.5. Restitution des résultats

Le 16 novembre 2017, une séance a réuni une vingtaine de personnes dans les locaux de l'Université de Lausanne. L'objectif principal de la réunion était de communiquer les informations reçues et de faire circuler les réflexions menées en lien avec la détection des mauvais traitements aux urgences au niveau cantonal. Les différentes personnes présentes avaient soit collaboré et participé à l'enquête, soit étaient des représentantes et des représentants des institutions cantonales concernées (SSP et SPJ).

Dans un premier temps, une sélection de résultats a été présentée dans les trois catégories énumérées ci-avant et quelques thèmes transversaux, ainsi qu'une sélection de recommandations. Un large échange a eu lieu avec ces différent·e·s acteur·trice·s présent·e·s sur la pertinence et l'adéquation des principaux résultats et des recommandations ressortant de notre recherche.

Après la présentation une discussion générale a eu lieu au sein de l'assemblée, puis trois groupes interdisciplinaires ont été formés pour approfondir un certain nombre de thématiques identiques dans les groupes.

Plusieurs éléments importants sont ressortis de ce large échange qui sont présentés ci-dessous :

Le premier a trait à l'interaction qui se déroule dans le service d'urgences, mais peut-être plus globalement dans l'hôpital. La démarche des parents consistant à consulter un service médical doit être accueillie dans son sens large. Dans son essence, il s'agit d'une demande d'aide qui doit être/peut être comprise comme une forme de signal face à une difficulté, une détresse vécue par elle. La réponse apportée par le personnel doit verbaliser cette demande et montrer que le service tente de trouver les solutions adéquates.

La détection et la prévention s'inscrivent dès lors naturellement dans une logique qui vise à agir sur l'origine du problème et à éviter sa répétition. Des comportements inadéquats par rapport à l'enfant ne vise pas une quelconque sanction, ce sur quoi le personnel n'est pas habilité à se prononcer, mais bien à permettre de garantir son meilleur développement. Le sens du signalement doit être clairement présent tant chez le professionnel que le parent. Ce n'est pas une dénonciation, mais une information transmise à l'autorité compétente que les conditions d'encadrement de l'enfant ne semblent pas suffisantes aux yeux des professionnel·e·s. L'objectif est de vérifier l'allégation et de trouver les solutions adéquates pour venir en aide à l'enfant et, le cas échéant, à la famille.

L'inconfort des professionnel·e·s est une constante dans l'exercice de suspicion de mauvais traitements. La plupart le formule au travers du besoin d'outils. L'idée est de répondre à l'incertitude qui habite tout·e professionnel·e, confronté·e à une telle question, par la certitude fournie par un outil qui permettrait une juste interprétation des faits qui se présentent à lui. Il est nécessaire de distinguer entre le fait de se sentir démuni et la nécessité de vivre avec l'incertitude qui sera toujours présente.

Il est intéressant de mettre en parallèle les positionnements délicats dans lesquelles tant les professionnels que les familles se trouvent confrontés. Il est en effet nécessaire de comprendre l'interaction globale qui se met alors en place en cherchant à confronter les doutes des uns avec le désarroi et la détresse des autres.

Pistes de travail

La formation : Parmi les pistes qui ont été discutées, celles de la formation a été approfondie, en particulier dans les sous-groupes qui ont été formés par la suite. L'idée de donner des cours de base dans la formation initiale n'est pas jugée pertinente dans la mesure où les situations de maltraitance concernent d'abord un public restreint de professionnels, ceux qui se destinent à travailler dans la pédiatrie. Mais une information de base devrait être assurée auprès de l'ensemble des professionnel·e·s concerné·e·s ; elle devrait être adaptée aux situations des différents professionnels. Le lieu le plus adapté semble être la formation continue. Une autre piste évoquée est celle de formations spécifiques, voire thématiques qui auraient lieu à l'interne des hôpitaux, en particulier périphériques. Une autre option qui a été présentée serait un travail régulier de situations traitées au CAN Team.

Les besoins semblent ne pas être identiques entre l'HEL et les hôpitaux périphériques dans lesquels le volume de situations semble moins important. Mais une campagne de sensibilisation régulière des services devrait être organisée sur cette question. Une attention particulière doit être donnée à la dimension culturelle des gestes accomplis ou paroles qui prennent des connotations très spécifiques selon les cultures.

Un des moyens imaginés serait de travailler ces formations à partir de situations présentées dans le CAN Team, en veillant à ce que les médecins assistants puissent participer, au moins à tour de rôle.

Parmi les éléments qui sont également ressortis à ce niveau, il faut relever le renforcement de la connaissance des signes relatifs aux mauvais traitements psychologiques a été évoqué afin de renforcer leur détection et la nécessité de travailler de façon interdisciplinaire.

Outils : Un des souhaits apparus au cours des ateliers est de disposer d'un pense-bête, rappelant les points essentiels, mais uniquement pour garder la préoccupation des mauvais traitements en tête. Une procédure avec cases à cocher est évoquée comme idée.

Il y aurait également lieu de préparer une petite brochure de sensibilisation destinée à informer les personnes nouvellement venues dans les services concernés. Elle pourrait être présente dans l'ensemble des établissements vaudois concernés.

Au niveau des procédures, une idée est développée visant à désigner une personne ou un service ressource qui permettrait d'assurer une présence rassurante dans le service. Le CAN Team joue ce rôle, mais sa disponibilité n'est pas constante, en particulier dans les centres périphériques, spécialement en dehors des heures ouvrables.

Communication : La communication s'avère être un des aspects les plus délicats. Une des questions est de savoir qui doit jouer ce rôle au sein de l'équipe, en particulier lorsqu'il est question d'un signalement. La décision doit tenir compte des liens à maintenir avec la famille et devrait être assurée dans le cadre des espaces interdisciplinaires. La personne chargée de l'information peut ainsi varier de cas en cas. Lors de la communication, les mots doivent être bien choisis et bien explicités, entre autres la différence entre signalement et dénonciation, la démarche visant à rechercher la meilleure aide possible. Un signalement n'est pas un jugement, mais une manière d'exprimer une inquiétude pour l'enfant, fondée sur un certain nombre d'éléments concrets.

Procédures : Un petit guide, pas trop formalisé, — rappelant les règles de base (ne pas rester seul, utiliser les ressources interdisciplinaires, le CAN Team), indique les priorités, la protection des personnes et explicitant la manière de faire le signalement — est largement appelé de ses vœux. Il devait avoir une vocation interdisciplinaire et pourrait être rédigé en lien avec le CAN Team et le SPJ tout en ayant une spécificité régionale.

Il est également souligné l'importance de la traçabilité écrite des événements, comme de la transmission des informations clé aux personnes adéquates.

Enfin, il serait judicieux de prévoir un espace d'échange interdisciplinaire en lien avec le CAN Team dans chacun des services concernés.

5. CONCLUSIONS

5.1. Synthèse des principaux résultats et recommandations

La démarche participative menée avec 4 lieux d'accueil des situations hospitalières d'urgence se voulait inductive, c'est-à-dire qu'elle partait essentiellement des constats et des affirmations des acteurs directement concernés pour répondre à un certain nombre de questions centrales sur la thématique des enfants ayant subi de la maltraitance, ou autrement dit victime d'actions ou de comportements inappropriés à leur égard.

L'idée de départ visait à permettre à l'ensemble des professionnels concernés de prendre le temps de réfléchir aux manières de faire, aux pratiques, aux dispositifs existants pour tenter de dire leur adéquation aux réalités actuelles, voire imaginer des changements. L'urgence ne constitue, bien entendu, pas l'unique lieu dans lequel les situations de mauvais traitements peuvent être observés, détectés et prévenus. Mais le postulat de base est que ces lieux concentrent, plus qu'ailleurs, des situations à risque et que malgré leur caractère particulier, ils peuvent renforcer l'action de dépistage contre les mauvais traitements.

Le questionnement de départ visait à mieux comprendre les situations dans lesquelles les questions de maltraitance surgissaient à l'esprit dans le quotidien des urgences. Même si le rôle, comme la définition de l'urgence, ont sans doute évolué ces dernières décennies, tant dans l'accueil que la représentation populaire, il y a lieu de rappeler que les structures d'urgence sont d'abord un lieu d'aide. Les parents ou autres responsables qui amènent des enfants à la consultation font une démarche d'appel à l'aide et ils doivent être pleinement reconnus en cela. Il s'agit d'un point de convergence entre la demande d'intervention et l'offre de prise en charge.

La prévention et la détection font partie de cette offre, mais peuvent être à la source d'incompréhensions. Tenter de comprendre si le développement d'un enfant est en danger peut faire naître le sentiment de suspicion chez les responsables de l'éducation. Préserver la santé peut parfois rendre nécessaire, pour les professionnel-le-s, de chercher à éclaircir les circonstances qui ont amené le problème. Un malaise peut alors naître de la qualification de la situation à l'origine de la consultation, à savoir que l'enfant pourrait avoir subi une action inappropriée, ou une mise en danger, qualifiés de « mauvais traitements ». Le cas échéant, se pose la question de l'établissement des responsabilités qui n'est pas du ressort du service des urgences, mais qui a un rôle de discernement à exercer.

Les questions qui se posent sont : la situation à l'origine du problème lié à la consultation, et de façon plus large, est-il susceptible d'évoquer une maltraitance ? Y-a-t-il des signaux d'alerte d'ordre physique, symptomatique ou comportemental au niveau de l'enfant, de ses

interactions avec son environnement ? Est-il nécessaire de penser à des mesures de protection, et si oui de quel ordre ?

L'acuité de la question de la détection et de la prévention a été également soulignée par la présentation d'un rapport du Conseil fédéral sur la question (CF, 2018). Ce rapport met en évidence plusieurs mesures qui corroborent en partie celles qui sont présentées dans les présentes conclusions. Prévenir les situations de mise en danger du bien de l'enfant par une détection précoce à l'échelle nationale est une recommandation largement partagée. Pour l'exécutif fédéral, cependant, l'absence de consensus sur la manière de procéder freine le développement d'une telle politique. En effet, Il constate qu'une approche par un dépistage systématique des violences intrafamiliales ne semble pas plus judicieux que le recours à des instruments de détection précoce qu'en cas de suspicion. Il renonce par conséquent au développement d'une politique nationale d'autant plus qu'à ses yeux ces mesures relèvent spécifiquement de compétences cantonales, voire communales.

A défaut, le Conseil fédéral, préconise une intégration systématique le thème dans la formation. C'est la première recommandation à laquelle nos travaux aboutissent également, en accord avec les professionnel·le·s consulté·e·s.

Recommandations :

1. Mettre l'accent sur la formation. Nous encourageons l'ensemble des responsables de formation des différentes filières professionnelles concernées à aborder cette question dans les cours de base. Mais, à nos yeux, c'est surtout au niveau de la formation continue et postgrade que l'accent doit être mis. L'idée serait de proposer régulièrement des cours à l'ensemble du personnel concerné, mais également de prévoir d'autres approches, comme une campagne de sensibilisation régulière, pouvant avoir lieu à l'occasion d'un colloque institutionnel habituel.

2. Informer régulièrement. D'autres mesures allant dans le même sens de la formation peuvent être préconisées, comme une information systématique fournie aux nouveaux arrivants dans le service. Une brochure succincte et généralisatrice, pouvant servir de pense-bête pourrait ainsi être remise à nouvel accueil. Le travail de préparation et de réalisation devrait se faire de concert avec le CAN Team, voire lui être confié. Cette petite brochure pourrait être à mise à disposition de tous les hôpitaux vaudois, avec une page ou deux qui pourrait être spécifique à l'hôpital ou la région. Il va de soi que le contenu de cette brochure, peut-être un peu plus complet, devrait être mise à disposition des collaborateurs·trices via l'intranet.

3. Garantir une procédure de base. L'existence d'un CAN Team et de ses relais dans les principaux hôpitaux est une ressource incomparable et qui rassure. L'identification et la désignation d'une personne-ressource, susceptible de constituer une présence rassurante pour les problèmes surgissant au quotidien pourrait compléter le dispositif actuel. De façon plus large, il y aurait lieu de prévoir un espace d'échange interdisciplinaire, lorsqu'il n'existe pas déjà, en lien avec le CAN Team, devant permettre une concertation autour des situations jugées problématiques.

5.2. Perspectives

La recherche est arrivée à un terme provisoire. L'équipe de recherche entend poursuivre ses travaux en diffusant et en valorisant les résultats obtenus, en particulier parce que la détection et la prévention des traitements inadaptés est un processus qui doit être connu et mieux reconnu. La démarche qui a été menée grâce à la coopération des personnels des services d'urgence sélectionnés pourrait être étendue aux autres lieux accueillant des enfants en urgence dans le canton de Vaud et d'autres cantons. Ce serait encore l'occasion de connaître d'autres manières de faire, d'autres pratiques, de comparer pour adapter, et pour les professionnel·le·s concernés, de parfaire leurs expériences.

L'équipe entend également faire connaître les résultats obtenus, car elle est persuadée que diffuser les considérations relevées au sein des équipes présentes dans les services d'urgence permet de sensibiliser à la question des mauvais traitements. Il appartient à l'ensemble des professionnels accompagnant les enfants de tout entreprendre pour favoriser leur développement. Les personnels des services d'urgence ont un rôle essentiel à jouer particulièrement au niveau de la prévention secondaire et tertiaire, surtout pour soutenir les familles qui rencontrent des difficultés. Mais lutter contre des pratiques dommageables au développement harmonieux de nos enfants relève de la préoccupation de tous.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Adamsbaum, C. (2014). Suspicion de maltraitance de l'enfant : Intérêts et limites de l'imagerie. *Archives de Pédiatrie*, 21, 166-167.
- Ainsworth, M. D. (1962). Deprivation of maternal care : a reassessment of its effects. *Public Health Papers*, 14. Genève : World Health Organization.
- Benger, J. R., & Pearce, A. V. (2002). Quality improvement report: Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7340), 780.
- BFEG, bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. (2011). Violence dans les relations de couple – rapport sur les besoins en matière de recherche. Consulté à <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00196/?lang=fr>.
- Bowlby, J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 1958, 39, 350-373.
- Brioschi, N. & Knüsel, R. (2012). Face à la maltraitance infantile : quelles pratiques ? *Revue d'information sociale*. <https://www.reiso.org/document/138>
- Brioschi, N., Savioz, F., Roulet Schwab, D. & Knüsel, R. (2012). Les infirmières face à la maltraitance infantile : les enjeux du signalement. *Soins Infirmiers*, 9, 48-52.
- Brown, S. D., Brack, G., Mullis, F. (2008) Traumatic symptoms in sexually abused children: Implications for school counselors. *Professional School Counseling*, 11, 368-379.
- Crézé, F., Liu, M. (2006). *La recherche-action et les transformations sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Chen, W., Glasser, S., Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., Tzur, S., & Lerner-Geva, L. (2010). The contribution of a hospital child protection team in determining suspected child abuse and neglect: Analysis of referrals of children aged 0–9. *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1664-1669.
- Cheseaux, J.-J. (1996). Pourquoi un CAN team (Child Abuse and Neglect) à l'hôpital ? *Revue médicale de la Suisse romande*, 116(10), 823-827.
- Cheseaux, J.-J., Duc Marwood, A., & Romain Glassey, N. (2013). Exposition de l'enfant à des violences domestiques. Un modèle pluridisciplinaire de détection, d'évaluation et de prise en charge. *Revue Médicale Suisse*, 9, 398-401.
- Conseil fédéral, (2018). *Détection précoce des violences intrafamiliales envers les enfants par les professionnels de la santé*. Rapport du Conseil fédéral. Berne. Consulté à bericht-frueherkennung-interfamiliaere-gewalt-fr
- Coslin, P. G., & Tison, B. (2010). *Les professionnels face à l'enfance en danger : Lorsque la méconnaissance fait mal*. Paris : Masson.
- D'Arrigo, E., & Levieil, M. (2003). Evolution de la prise de conscience dans le domaine médical du problème de l'enfance maltraitée. Un exemple concret de réflexion professionnelle : l'AFIREM. *Mémoires de Master en ligne, Université Paris René Descartes (Paris V), Laboratoire d'Éthique Médicale, de droit de la santé et de santé publique*, 89.
- Duverger, P. (n.d). Particularités liées à l'âge : l'enfant. *Les urgences psychiatriques*. Consulté à www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy
- Duvoisin, C. (2007). *La maltraitance envers les enfants : l'infirmière face aux "parents maltraitants"*. Travail de doctorat, Haute école cantonale vaudoise de la santé, Lausanne.
- Fagan, D. (1998). Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A & E nurse. *Accident and Emergency Nursing*, 6(1), 30-35.
- Flückiger I. (2000). *Enfants maltraités, intervention sociale*. Lausanne : Ed EESP.

- Gauthier, C. (2008). *Sommes-nous tous des abusés ? Comprendre, détecter, soigner les abus par une approche psychosomatique*. Chêne-Bourg : Georg, 3.
- Graf, M., & Diaz, C. (2007). *L'infirmière face aux parents maltraitants dans la prise en soins de l'enfant maltraité : une étude qualitative phénoménologique*. Travail de mémoire. Haute école cantonale vaudoise de la santé, Lausanne.
- Groupe Romand d'Études des Addictions (GREA). Al Kurdi, C., Carrasco, K., & Savary, J.-F. (2010). *Intervention précoce*. Berne : OFSP.
- Groupe de Travail Enfance maltraitée (1992). *Enfance maltraitée en Suisse : Avis du Conseil fédéral*. Berne : Office central fédéral des imprimés et du matériel.
- Haute Autorité de la Santé (2014). *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration*. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé.
- Hill, C. E. (Ed.). (2012). *Consensual qualitative research: a practical resource for investigating social science phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hiquet, J., Christin, E., Dubourg, O., Fougas, J., Baup, C., Brunet, G., Millington, J., Grosleron, N., & Gromb-Monnoyeur, S. (2016). Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance : présentation d'un mode d'évaluation pluridisciplinaire. *Archives de Pédiatrie*, 23, 1233-1239. doi :10.1016/j.arcped.2016.09.014
- Hochart, F., & Roussel, A. (1997). *L'hôpital face à l'enfance maltraitée : Une passerelle entre coups et réparation*. Paris : KARTHALA Editions.
- Hofner, M. C., & Siggen, S. (2001). *Violence conjugale dans le canton de Vaud : recherche préparatoire réalisée sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du Canton de Vaud*. Unité de prévention, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kellogg, N. D. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119(6), 1232-1241. doi:10.1542/peds.2007-0883
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H. (1978). *L'enfance torturée*. Bruxelles : Mardaga.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103-121.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Krüger P., Lätsch D., Voll P., & Völksen S. (2018). *Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen*. Berne : OFAS.
- Lalayants, M., & Epstein, I. (2005). Evaluating multidisciplinary child abuse and neglect teams: a research agenda. *Child Welfare*, 84(4), 433-58.
- Lefèvre-Leandri, D. (1998). *L'enfance maltraitée accueillie à l'hôpital : droit et psychologie*. Etudes Hospitalières.
- Lips, U. (2011). *Maltraitance infantile – protection de l'enfant. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical*. Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant. Consulté à <https://www.kinderschutz.ch/fr/fachpublikation-detail/maltraitance-infantile-protection-de-lenfant-3.html>
- Liu, M. (1997) La validation des connaissances au cours de la recherche-action. *Etudes et Recherches sur les Systèmes Agraires et le Développement*, 30,183-196.
- Louwers, E. C., Affourtit, M. J., Moll, H. A., de Koning, H. J., & Korfage, I. J. (2010). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, 95(3), 214-218.
- Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Moll, H., & De Koning, H. (2010). 739 Detection of suspected child abuse at emergency departments, a multi-center study. *Pediatric Research*, 68, 375-375.
- Marc, B. (1995). *Maltraitements et violences, prise en charge du petit enfant, de l'adolescent de l'adulte et de la personne âgée*. Paris : Masson.

- Margairaz, C., & Bach Brioschi, C. (2003). Violences envers les femmes : quelle prise en charge au cabinet médical?: Gynécologie-obstétrique. *Médecine et Hygiène*, 61(2457), 2140-2144.
- Margairaz, C., Girard, J., & Halpérin, D. S. (2006). Violences au sein du couple et de la famille. *Forum Medical Suisse*, 6, 366-373.
- Naish, J., Carter, Y. H., Gray, R. W. et al. (2002). Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. *Family Practice*, 19, 504-510. doi:10.1093/fampra/19.5.504
- Newton, A. S., Zou, B., Hamm, M. P., Curran, J., Gupta, S., Dumonceaux, C., & Lewis, M. (2010). Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers. *Academic Emergency Medicine*, 17(2), 117-125.
- OBSAN (2013). *Consultations dans un service d'urgence en Suisse*. Bulletin 3/2013. Observatoire suisse de la santé.
- Powell, C. (1997). Protecting children in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 5(2), 76-80.
- Ravichandiran, N., Schuh, S., Bejuk, M., Al-Harthy, N., Shouldice, M., Au, H. & Boutis, K. (2010). Delayed identification of pediatric abuse-related fractures. *Pediatrics*, 125(1), 60-66. doi:10.1542/peds.2008-3794
- Roulet Schwab, D., Brioschi, N., Savioz, F., & Knüsel, R. (2012). *Maltraitance infantile (MI) et coordination : Regards croisés d'acteurs professionnels et institutionnels confrontés au processus préalable au signalement*. Rapport scientifique déposé au RECSS le 23 mai 2012.
- Savioz, F., Brioschi, N., Roulet Schwab, D. & Knüsel, R. (2012). Représentations et pratiques des pédiatres face à la maltraitance infantile dans le canton de Vaud. *Paediatrica*, 23(3), 14-15.
- Schnurr, S. (2012). Violence et négligence envers les enfants et les jeunes au sein de la famille : aide à l'enfance et à la jeunesse et sanctions des pouvoirs publics. Berne, Confédération suisse.
- Schultheis, F., Frauenfelder, A., & Delay, C. (2007). *Contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'Harmattan.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.
- Société Suisse de Pédiatrie. (2011). *Checklists pour les examens de prévention* (4^{ème} édition). Fribourg : Société Suisse de Pédiatrie.
- Teeuw, A. H., Derkx, B. H., Koster, W. A., & van Rijn, R. R. (2012). Educational paper : detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European journal of pediatrics*, 171(6), 877-885.
- Thun-Hohenstein L. (2006). Interdisciplinary child protection team work in a hospital setting. *European Journal of Pediatrics*, 165, 402-407.
- Tilden, V. P., Schmidt, T., Limandri, B. J., Chiodo, G. T., Garland, M. J., & Loveless, P. A. (1994). Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 84(4), 628-633.
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods : collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Oxford, UK : Jon Wiley & Sons.
- Tursz, A. & Greco, C. (2012). La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? *Archives de Pédiatrie*, 19, 680-683. doi:10.1016/j.arcped.2012.04.006
- Van Helleputte, C. (2009). *La prise en charge médicale de l'enfant maltraité en salle d'urgence*. Consulté à [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/La prise en charge medicale de l enfant maltraite en salle d urgence.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/La_prise_en_charge_medicale_de_l_enfant_maltraite_en_salle_d_urgence.pdf).

- Viens Python, N., & Hofner, M. CL., & Menoud, V.(2005). Recherche. Prévalence de la violence rapportée par les patients consultant un service d'urgence. *Recherche en Soins Infirmiers*, 82, 88-99.
- Wallace, G. H., Makoroff, K. L., Malott, H. A., & Shapiro, R. A. (2007). Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. *Child Abuse and Neglect*, 31(6), 623-629.
- Wopmann, M. (2008). Récolte de données statistiques concernant les cas de maltraitance répertoriés dans les cliniques pédiatriques suisses. *Paediatrica*, 19, 5, 50-51.
- Wopmann, M. (2015). Communiqué de presse : « *Nouvelle augmentation de 9% des cas de mauvais traitements d'enfants enregistrés dans les cliniques pédiatriques suisses.* », Baden, 25.05.2015.
- Wopmann, M. (2016) « Nombre élevé stable de cas de mauvais traitements d'enfants » in *Bulletin des Médecins Suisses*, 2016, 967-968.

7. ANNEXES

7.1. Enquête de terrain : tableaux récapitulatifs

Tableau 2 : Personnes interviewées selon l'hôpital et le type d'entretien

Hôpital	Type	Personnes interviewées
Aigle	Entretien exploratoire	2 médecins cadres, 2 ICUS
	Entretien semi-directif	2 ICUS
	Entretien semi-directif	2 médecins cadres
	Focus group	2 infirmières, 1 médecin
	Focus group	2 infirmières
	BH	Entretien semi-directif
HEL	Entretien exploratoire	1 médecin cadre
	Entretien semi-directif	2 médecins
	Entretien semi-directif	1 ICUS
	Focus group	2 infirmières, 2 médecins cadres, 1 médecin
	Focus group	4 médecins, 2 infirmières
	Focus group	3 infirmières, 1 médecin-chef de clinique
Nyon	Entretien exploratoire	2 médecins cadres, 1 médecin
	Entretien exploratoire	1 ambulancier cadre
	Entretien semi-directif	1 médecin cadre, 1 ICUS
	Entretien semi-directif	2 médecins cadres
	Focus group	1 médecin cadre, 2 ICUS, 1 ambulancier cadre
	Focus group	2 infirmières, 1 ambulancier cadre, 2 médecins-assistants, 1 ICUS
Yverdon	Entretien exploratoire	1 médecin cadre

Entretien semi-directif	2 médecins cadres
Entretien semi-directif	1 ambulancier cadre
Focus group	1 ambulancier cadre, 1 ambulancier, 2 médecins-assistants, , 1 infirmière, 2 médecin cadre, 1 ICUS
Focus group	1 ambulancier, 1 stagiaire ambulancier, 3 infirmières, 1 médecin-assistant, 4 sages-femmes

Tableau 3 : Entretiens individuels et observations réalisés, selon les sites investigués et les professionnel·le·s rencontré·e·s

Hôpital	Entretiens individuels (exploratoires et semi-directifs)					Observations	
	Nb entretiens	Médecin-cadre	ICUS	Ambulancier-cadre	Total prof.	Visite	CAN Team
Aigle	3	2	2		4	1	
BH	1	1	1		2	1	1
HEL	2	3	1		4	1	1
Nyon	3	3	1	1	5	1	1
Yverdon	2	2		1	3	1	1

Tableau 4 : Entretiens collectifs réalisés, selon les sites investigués et les professionnel·le·s rencontré·e·s

Hôpital	Focus groups								
	Nb focus	Médecin-cadre	Assistant/CDC	ICUS	Infirmier	Ambulancier-cadre	Ambulancier	Sage-femme	Total prof.
Aigle	2		1		4				5
BH	0								0
HEL	3	4	4		7				15
Nyon	2	1	2	3	1	2	1		10
Yverdon	2	2	3	1	4	1	3	4	18

7.2. Guide d'entretien pour les entretiens exploratoires

Amorce : Quelles sont vos attentes vis-à-vis du projet ?

Généralités :

- Quels professionnels sont concernés en priorité par la détection des MT aux urgences ?
- Soumettre le projet à une commission d'éthique de l'hôpital ?

Documentation :

- Existence de protocoles internes ?
- Rapports ou publications connues dans le domaine ?
- Quels sont les chiffres de fréquentation des urgences (+ profils des enfants si possible) ?

Organisation du terrain :

- Entretiens avec key informants :
 - Un entretien au CHUV, un à l'HEL ☺ qui contacter en priorité ?
 - Enregistrement audio
- Observations :
 - Prochains colloques/formations en lien avec la maltraitance ?
 - Possibilité de faire une sorte de visite commentée du parcours des jeunes patients aux urgences ?
 - Prise de note
- Entretiens collectifs :
 - 5 par hôpital : proposition de 5 dates, inscription volontaire. Formation des groupes de manière aléatoire. Réserver un focus pour les cadres ?
 - Professionnels concernés : médecins, médecins-assistants, infirmiers-ères, personnel ambulancier, personnel d'orientation.
 - 5 à 8 personnes par focus group
 - Jour et période de préférence ?
 - Prise de contact : email ? présentation dans le service ? affichette ?
 - Enregistrement audio

7.3. Guide d'entretien pour les entretiens semi-directifs

Questions introductives

- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin ?
 - ... en tant que cadre ?
 - ... dans votre fonction actuelle ?

 - Avez-vous suivi des formations spécifiques à la maltraitance envers les enfants ?
 - Dans quel contexte ?
 - De quelle longueur était-elle ? (f. courte, longue, continue, universitaire, travail personnel)
 - Que vous a-t-elle apporté ? (atouts, points forts, originalités)
 - Quels étaient ses points faibles ? (lacunes)

 - Etes-vous impliqué dans un groupe de suivi de la maltraitance (CAN Team) ?
 - Si oui, lequel ?
 - Quel est votre rôle ?
 - Depuis combien de temps ?
-

Amorce

- Pouvez-vous nous raconter une situation de maltraitance que vous avez vécue aux urgences ? (la première, la dernière, une situation qui vous a marqué)

Premières suspicions

- Quand les premiers soupçons ont-ils émergé ?
- Qui les a eu ?
- Pouvez-vous décrire ces suspicions ? (signes, indices, réactions, comportements, paroles, émotions)

Enfant

- Quelle place l'enfant avait-il dans la prise en charge ?
- Quelles informations lui a-t-on données ?
- Qui s'est occupé de lui ?
- Comment a-t-il réagi ?
- Quel était son avis, que voulait-il ?

Entourage/famille

- Quelles personnes de l'entourage de l'enfant étaient présentes ?
- Quand la famille a-t-elle été impliquée ?
- Comment a-t-elle réagi ?
- Quelles étaient vos attentes vis-à-vis d'elle ?
- Quelles étaient ses attentes à elle ?

Prise en charge

- Quel était votre rôle dans la prise en charge de cette situation ?
- Quelles actions ont été entreprises suite aux suspicions ? (traitements, investigations, analyses, hospitalisation)
- Quelle a été l'issue de la situation ?

Coordination et réseau

- Qui de l'équipe a été impliqué dans la prise en charge de cette situation ?
- La situation a-t-elle été signalée au SPJ ? Si oui, qui s'en est occupé ?
- Quelles informations ont été transmises au réseau (SPJ, APEA, police, justice, etc.) ?

Documentation

- Quelles informations ont été documentées ?
- Les suspicions aussi ? De quelle manière ?

Protocoles

- Les démarches entreprises se basent-elles sur des documents écrits ? (directives, protocoles) Si oui, lesquels ?
- ... ou sur des fonctionnements internes ? (accords)

Autres

- Cette situation est-elle représentative des autres situations en lien avec les MT aux urgences ? En quoi ?
-

- Pouvez-vous nous décrire, en général, vos suspicions de MT ?

Premières suspicions

- Qu'observez-vous ? A quoi faites-vous attention en particulier ? (comportements, marques sur le corps, relations avec entourage)
- Avec qui en discutez-vous ? (colloques, hiérarchie, pédiatre, réseau, service social, CAN Team)
- A quel moment de la prise en charge ces suspicions apparaissent-elles en général ?
- Dans les situations dans lesquelles vous êtes impliqué, qui a les premières suspicions en général ? (vous-mêmes, vos collègues médecins, infirmiers, pédiatre) ?

Enfant

- Quelles informations demandez-vous à l'enfant ?
- Comment et où lui posez-vous vos questions ?
- Quelle est sa marge de manœuvre/voix dans les décisions prises ?

Entourage

- Quelles informations donnez-vous à ses accompagnants ?
- Quand et dans quel contexte le faites-vous ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de son/ses parents ? (comportements attendus, présence du père, autorisations pour des analyses, signalement)
- Quelles attitudes facilitent/compliquent votre travail ?

Rôle de l'expérience

- Au fil de votre carrière, comment votre regard a-t-il évolué ?
- Que voyez-vous aujourd'hui, que vous ne voyiez pas il y a quelques années ?

- Quels sont les facteurs du développement de votre acuité/sensibilité ? (expérience, formation, cas en particulier, mentor, dispositif, etc.)
-

- Dans les situations où vous êtes impliqué comme cadre, comment travaillez-vous avec votre équipe ?
 - Quels types de conseils leur donnez-vous ? (attitudes, signes)
 - Donnez-leurs des directives ? (formations, protocole, marche à suivre)
 - Comment les responsabilités se répartissent-elles ?
 - Vers quelles personnes/institutions les orientez-vous ?

Enjeux autour de la détection

- Quelles sont les difficultés liées à la détection de la maltraitance envers les enfants ? (obstacles, enjeux)
 - ... liées au contexte des urgences ? ou de l'hôpital ?
 - ... liées aux métiers des soins ?
 - ... liées au réseau de protection de l'enfance ? (Vaud, Suisse)
 - ... de nature psychologique, émotionnelle ? (expériences personnelles, professionnelles, valeurs, caractère)
 - ... liées à la notion même de maltraitance ?
 - ... liées à des problèmes de communication ? (service, hôpital, réseau)
 - Dans un monde idéal, que mettriez-vous en place pour mieux détecter les MT aux urgences ?
-

Protocoles

- Existe-t-il des protocoles/documentation en lien avec les MT dans votre service ? (détection/signalement)
 - Sont-ils spécifiques à votre service ? ou également utilisés ailleurs ?
 - Quels sont leurs avantages et inconvénients ?
 - Comment ont-ils évolué pendant votre carrière (depuis votre formation de base, pendant votre position) ?
 - Vont-ils évoluer prochainement ? Comment ?
 - Souhaitez-vous développer les protocoles en matière de détection ?
 - Si oui, comment allez-vous y prendre ? (sources d'inspiration, communication aux équipes, format, contenu)
 - Si non, pour quelles raisons ?
-

Formation, sensibilisation

- Quelles formations en lien avec les MT existent pour vos collaborateurs ?
 - Quelle proportion d'entre eux les ont-ils suivies ?
 - Sont-elles obligatoires ?
 - Que manque-t-il dans ces formations ?
 - Souhaitez-vous développer la formation dans ce domaine ?
 - Qui devrait s'en occuper ? (interne, CAN Team, cantonal, par branche)

- Comment le CAN Team collabore-t-il avec votre service des urgences ?
 - Les membres des urgences participent-ils à des réunions du CAN Team ?
 - Les membres des urgences font-ils appel au CAN Team ? Souvent et pour quoi ? (conseil, prise en charge du cas, signalement)
 - Les membres des urgences délèguent-ils des situations au CAN Team ?

- Existe-il d'autres groupes au sein de l'hôpital pour d'autres pathologies/ problématiques ? (violences conjugales, prévention périnatale, problématiques psychosociales, etc.)

7.4. Guide d'entretien pour les entretiens collectifs

Mot de bienvenue :

- Merci d'être là !
- Se présenter
- Objectifs de la recherche : recherche appliquée, vise à contribuer à améliorer la détection aux urgences, vise à faire circuler les idées et les opinions au niveau cantonal. → recommandations, aide méthodologique pour faire avancer les choses, si cela est nécessaire.
- Anonymat : enregistrement pour pouvoir analyser les données, pas de noms divulgués, pas de possibilité d'identifier les personnes. Mais citations oui.
- Restitution : un rapport accessible à tous les participants à l'étude + ½ journée en novembre
- Questions ?

Règles du jeu :

- Discussion de groupe : ce qui nous intéresse c'est les avis croisés sur une même question ou une même thématique. C'est pour cela que nous avons mélangé les professions.
- Nous sommes là pour donner un cadre général, mais la discussion sera peu structurée.
- Eviter de parler en même temps (enregistrement) et un temps de parole à toutes les personnes présentes.
- Se sentir libre de s'exprimer, toutes les réflexions et les expériences nous intéressent.

Amorces :

- a) Quelqu'un d'entre vous pourrait nous raconter une situation qui a été récemment détectée aux urgences ?
- b) Lampe d'Aladin : un vœu par personne pour améliorer la détection des MT aux urgences. 30 secondes de réflexion, (on note sur un petit papier) et on fait un tour de table.
- c) Brainstorming : quels sont les signaux d'alerte des MT ?
Les lister sur un panneau ? Laisser un temps aux participants pour les noter ?

Comment parle-t-on des MT aux urgences ?

- Transmission en équipe (colloques)
- Discussions en binôme
- Discussions entre collègues
- Consultation du supérieur

DETECTION DES MT AUX URGENCES

Quels sont les facteurs facilitateurs de la détection ?

- Présence de référents, spécialistes (CAN-T)
- Réunions CAN-T fréquentes
- Connaissance/suivi de l'historique familial
- Examens/questions systématiques
- Protocoles et directives internes
- Formation interne/continue
- Communication interne
- Espaces pour entretiens et examens
-

Quelle est l'utilité de la formation ?

- Initiale
- Continue
- Interne

Quelle est l'utilité des ressources écrites ?

- Classeur, documentation à disposition
- Vade-mecum
- Procédure/protocole
- Dossier du patient
- Transmission par écrit

Quels sont les freins à la détection ?

- Temporalité/urgence
- Lieu inadapté (≠ intimité, calme)
- Indisponibilité du spécialiste/référent
- Lourdeur administrative
- Responsabilité en cas de signalement
- Inexpérience, manque de formation
- Réticences, vécu personnel