



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MEMO

Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

RAPPORT D'ÉLABORATION

Octobre 2014

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Introduction	4
1 Enquêtes de pratique	6
2 Données épidémiologiques	10
2.1 Prévalence.....	10
2.2 Caractéristiques.....	19
2.3 Facteurs de risque de maltraitance.....	19
2.4 Conséquences à long terme	21
3 Maltraitance.....	32
3.1 Signes cliniques de maltraitance.....	32
3.2 Validité des outils de dépistage de la maltraitance infantile	62
3.3 Quelles sont les actions à mettre en œuvre pour protéger l'enfant ?	70
Annexe 1. Méthode de travail	74
Annexe 2. Recherche documentaire.....	75
Annexe 3. Sévices à mineur : modèle type de signalement	77
Annexe 4. Commentaires du groupe de lecture	80
Références	103
En savoir plus	107
Participants	108
Remerciements.....	110
Fiche descriptive	111

Introduction

La fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » est une auto-saisine de la HAS.

Elle est dans la continuité des travaux déjà engagés sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du soignant expliquent la nécessité pour les professionnels de santé de disposer d'informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Définitions

Avant 2007

Selon le premier alinéa de l'article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant, promulguée par l'ONU en 1989 et ratifiée par la France, les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées, pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

La législation française est définie par le Code de l'action sociale et des familles et par le Code civil, qui prévoient la protection des enfants en risque de danger, ou en danger ; ce risque ou ce danger portent sur la santé, la sécurité, la moralité, le risque de compromission ou la compromission grave des conditions de son éducation, le risque de compromission ou la compromission grave de son développement physique, affectif, intellectuel et social (art. L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles et art. 375 du Code civil). Les mauvais traitements à l'égard des enfants, qui compromettent ensemble ou séparément leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation et leur développement, sont définis, selon un consensus partagé au niveau international, en quatre grandes catégories, reprises par l'ODAS¹ en 2001.

Un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique :

- les violences physiques comportent ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, secouement, et à l'extrême la mort de l'enfant ;
- les violences sexuelles (attouchement et viol) ;
- par violences psychologiques graves, on entend l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. Ses effets principaux s'évaluent le plus souvent en termes de troubles des conduites sociales et du comportement, mais aussi de sentiments d'autodépréciation ;
- 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 psycho-

¹ Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. Paris : Odas Editeur ; 2001. http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf.

social, ou encore, pour des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non-dispensation de ces soins.

Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de mauvais traitements.

Depuis 2007

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, a introduit la notion d'information préoccupante. L'information préoccupante² est une information transmise à la cellule départementale³ pour alerter le président du Conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou en risque de l'être, ou que les conditions de son éducation, ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur, et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Après évaluation, les informations individuelles recueillies par le président de Conseil général font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire (art. L. 226.3 du CASF).

En effet, la loi réformant la protection de l'enfance réserve le terme de signalement à la transmission de faits graves au procureur de la République.

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

L'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des recommandations/messages clés pour le repérage des enfants victimes de maltraitance et la conduite à tenir.

Les questions sont les suivantes :

- Quels sont les signes d'alerte (symptômes, signes physiques, comportements de l'enfant) ?
- Quelles sont les situations faisant évoquer une maltraitance infantile ?
- Quelles sont les actions à mettre en œuvre pour protéger l'enfant ?

Population concernée

Les enfants de moins de 18 ans.

Professionnels concernés

Médecins généralistes, pédiatres, médecins et puéricultrices de PMI, médecins et infirmières scolaires, médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences pédiatriques et de radiologie), sages-femmes, médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, chirurgiens-dentistes.

² Selon l'article R. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

³ Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP).

1 Enquêtes de pratique

Deux thèses pour le diplôme d'État de docteur en médecine, ont eu pour objectif de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance infantile (1, 2) (*tableau 1*). Une troisième a eu pour objectif de documenter la connaissance des internes en médecine générale et des jeunes médecins sur le sujet (3). Les données ont été recueillies par questionnaires et/ou entretiens semi-directifs. Les résultats ont montré que face au problème de la maltraitance infantile, les médecins se retrouvent seuls et démunis du fait d'un manque de connaissances (définition, signes de maltraitance), du système qu'ils jugent complexe (modalités de signalement, aspect juridique), de la difficulté à joindre le bon correspondant rapidement.

Pour aider les médecins, ces travaux mettent en avant :

- l'utilité d'une grille des signes de repérage de la maltraitance infantile ;
- l'intérêt d'un circuit clair pour la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante ;
- l'importance d'établir des relations avec les autres professionnels de l'enfance pour un travail en réseau.

Tableau 1. Thèses

Auteur, année, référence	Objectif	Population	Méthode	Résultats et signification
<p>Greco, 2013 (3)</p>	<p>Documenter le problème de la connaissance des internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes en matière de repérage et de prise en charge de la maltraitance, et décrire leurs souhaits concernant la formation dans ce domaine</p>	<p>Internes de médecine générale ou jeunes médecins généralistes ayant passé les épreuves classantes nationales entre 2004 et 2011 des facultés de médecine de Paris-7 Diderot et Paris Sud</p>	<p>Questionnaire semi-directif</p>	<p>Nombre questionnaires : 187 (sur 559 envoyés, taux de participation : 34 % ; 82 % femmes ; 101 déjà confrontés à un cas de maltraitance [54 %]).</p> <p>Les répondants ont une vision restreinte de la maltraitance excluant l'enfant en risque et l'enfant en danger (et qui exclue les violences éducatives ordinaires ou psychologiques).</p> <p>Parmi les facteurs de risque de maltraitance liés à l'enfant, sont rarement cités : la prématurité (3 %) ; la gémellité (1 %) ; troubles du comportement (6 %) ; échec scolaire (0,5 %). Pour 70 à 80 % des répondants, la maltraitance est associée au niveau socio-économique.</p> <p>80 % des répondants disent penser parfois à la maltraitance lorsqu'ils voient un enfant en consultation et 15 % y pensent toujours.</p> <p>65 % des répondants confrontés à un ou plusieurs cas de maltraitance infantile ont été alertés par des lésions corporelles sur l'enfant.</p> <p>60 % des internes s'estiment compétents pour le repérage de la maltraitance et 43 % pour sa prise en charge.</p> <p>Un tiers des répondants souhaiteraient être mieux formés, et 48 % mieux formés et mieux informés.</p> <p>Concernant les signes d'alerte, 62 % jugent qu'une grille de symptômes pourrait être utile dans le repérage des maltraitances.</p> <p>75 % des répondants souhaite la mise en place de séminaires pluridisciplinaires en vue d'améliorer leur formation sur la maltraitance infantile.</p>
<p>El Hanaoui-Atif, 2012 (1)</p>	<p>Discerner les obstacles que rencontrent les médecins dans leur pratique quotidienne, face au signalement et à la prise en charge des maltraitances</p>	<p>Médecins généralistes des départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie, qui sont maîtres de stage</p>	<p>Questionnaire auto-administré</p>	<p>Nombre questionnaires : 55 (sur 150 envoyés, taux de participation : 36,6 % ; hommes : 82,7 % ; 40 % jamais confrontés à une suspicion de maltraitance).</p> <p>Ce qui aiderait les médecins à signaler :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un circuit clair pour un bon déroulement du signalement (65,5 %). • Une meilleure information sur le sujet (43,6 %). • Des interlocuteurs avec lesquels un dialogue est possible (41,8 %). • Une meilleure formation sur le sujet (36,4 %). • L'assurance d'agir sans risquer d'avoir eux-mêmes des problèmes (21,8 %).

Auteur, année, référence	Objectif	Population	Méthode	Résultats et signification
				<p>Le médecin généraliste se sent souvent seul, démuni face au problème de maltraitance. Sa capacité à évaluer une situation familiale complexe, à trouver les réponses adéquates est parfois inadaptée. Cela du fait d'un manque de connaissances utiles (mauvaise connaissance des signes de maltraitance 52 %, connaissance des différents organismes de protection des enfants pas adaptée 63 %), et de pratique.</p> <p>Les médecins sont demandeurs de formations et informations de qualité sur le sujet, de partenariats sûrs et clairs. Ses relations avec les autres professionnels de l'enfance devraient être développées au maximum, lui permettant de demander de l'aide s'il en ressent le besoin et d'avoir des nouvelles des suites des signalements qu'il aurait pu faire.</p>
<p>Beuchot-Malzac, 2011 (2)</p>	<p>Identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance de l'enfant</p>	<p>Médecins généralistes de la région de Béziers et son agglomération</p>	<p>État des lieux par questionnaire auto-administré et entretiens semi-dirigés (5 axes : difficultés lors du diagnostic, lors du signalement, difficultés relationnelles avec la famille, isolement du médecin généraliste, solutions)</p>	<p>Nombre questionnaires : 43 (sur 140 envoyés, taux de participation : 30,7 %, hommes : 81 %).</p> <p>Nombre entretiens : 11.</p> <p>Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition pas clairement établie pour tous les médecins (terme vaste ou s'arrête la normalité). • Doute diagnostique (comment éviter l'écueil du sous-diagnostic). • Difficulté à introduire le sujet de maltraitance en présence des parents (explication délicate, sentiment de gêne). • Difficulté à définir la conduite à tenir (modalités de signalement pas bien maîtrisées, système considéré complexe, manque de formation) (à qui signaler, difficultés à joindre le bon correspondant). • Crainte d'un signalement par excès et ses conséquences pour l'enfant et sa famille. • Isolement du médecin face au problème de maltraitance et face aux familles. <p>Solution proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt de la visite à domicile pour dans la confirmation de doutes éventuels. • Souhait de pouvoir contacter par téléphone le bon correspondant le plus rapidement possible (intérêt d'un organigramme local). • Travail en réseau indispensable.

Auteur, année, référence	Objectif	Population	Méthode	Résultats et signification
				<ul style="list-style-type: none">• Formation (modalités de signalement, aspect juridique, signes d'alerte diagnostique).

2 Données épidémiologiques

En France, la fréquence de la maltraitance reste méconnue (4).

Les données disponibles sont des données de la protection de l'enfance, de la police et de la gendarmerie nationale et des données des études publiées.

2.1 Prévalence

2.1.1 Données de la protection de l'enfance

► Avant 2007

Données provenant de l'enquête annuelle sur les signalements d'enfants en danger. Cette enquête portait sur les signalements traités par les conseils généraux donnant lieu à une évaluation pluridisciplinaire, à l'issue de laquelle étaient préconisées soit des mesures administratives, soit une saisine judiciaire. En 2006 (derniers chiffres disponibles), le nombre d'enfants signalés en danger était de 98 000 dont 19 000 enfants maltraités et 79 000 enfants en risque de danger (5) (*tableau 2*). La répartition des enfants maltraités par type de mauvais traitements était la suivante : violence physique 6 300 (33 %) ; violences sexuelles 4 300 (23 %) ; négligences lourdes 5 000 (26 %) et violences psychologiques 3 400 (18 %). Par rapport à 1998, le nombre d'enfants maltraités est à peu près stable et celui d'enfants en risque de danger a augmenté de 15 000 (+23 %).

Tableau 2. Évolution du nombre d'enfants signalés en danger et évolution des types de mauvais traitements signalés (entre 1998 et 2006, France métropolitaine) (5)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 600	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 900	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	5 000	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 000	2 500	3 800	3 400
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total des signalements d'enfants en danger	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000

► Après 2007

Données de l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger)

Le nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance au 31/12/2011 était estimé à 275 000, soit un taux de 19 % des moins de 18 ans (estimation réalisée à partir du croisement des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le nombre de

mineurs en assistance éducative (art. 375 du Code civil) issu des tableaux de bord des tribunaux pour enfants).

L'enquête réalisée par l'ONED en 2011 avait pour objectif de fournir données chiffrées sur les informations préoccupantes, les signalements réalisés par les Conseils généraux aux parquets et les copies de signalements directs reçues par les Conseils généraux. Cette enquête n'a pas permis d'obtenir les données chiffrées attendues en raison d'une grande variabilité de la définition que chaque département donne à la notion d'IP, de la façon de comptabiliser les IP et de données manquantes (6).

Données du SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger – 119)

En 2012, un danger était évoqué pour 44 419 enfants et 24 079 enfants étaient concernés par une information préoccupante (entretien relatif à une situation d'enfant en danger ou en risque de danger dont un compte rendu est adressé à la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante, CRIP) des départements concernés (7).

2.1.2 Données de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP)

D'après le Bulletin 2013 de l'ONDRP, les faits constatés de Violences, mauvais traitements et abandons d'enfants enregistrés par les services de police ou les unités de gendarmerie en France métropolitaine en 2011 s'élèvent à 17 889 (ensemble indivisible regroupant les violences physiques non mortelles contre les moins de 15 ans ; la privation d'alimentation ou de soins ; le délaissement d'un mineur) (8). Le nombre de violences sexuelles sur mineurs est de 13 470 (viols sur mineurs : 5 423, harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles contre des mineurs : 8 047).

2.1.3 Études publiées

Une revue de la littérature, ayant pour objectif de déterminer la fréquence de la maltraitance⁴ chez les moins de 18 ans dans les pays à hauts revenus, a été réalisée à partir d'études en population sur déclaration des victimes en mesure de renseigner des enquêtes ou d'études basées sur des déclarations des parents concernant les punitions physiques sévères ou les types de soins (10). Les statistiques officielles (ex : des services de protection de l'enfance ou de police) ont été également revues.

D'après les données des études :

- Chaque année :
 - 4 à 16 % des enfants seraient victimes de violence physique ;
 - 1 sur 10 serait victime de négligence ou de violence psychologique.
- Pendant l'enfance :
 - 5 à 35 % des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères ;
 - 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (de tous types).

Cependant, les statistiques officielles de maltraitance infantile indiquent une fréquence dix fois plus faible.

Des chiffres analogues ont été retrouvés dans des revues de la littérature publiées depuis (*tableau 3*).

⁴ Selon la définition du CDC 2008, la maltraitance infantile inclut tous les actes commis directement ou par omission, par un parent ou d'une autre personne qui s'occupe de l'enfant, aboutissant à un dommage, un dommage potentiel, ou à une menace de dommage pour un enfant. Ce dommage n'a pas besoin d'être intentionnel (9).

Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse a eu pour objectif d'estimer la prévalence mondiale de la violence physique chez les moins de 18 ans (11). La prévalence globale de la violence physique déclarée était de 0,3 % pour les études dans lesquelles la violence était documentée et de 22,6 % pour les études dans lesquelles la violence était déclarée, sans différence apparente entre les filles et les garçons.

Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse a eu pour objectif d'estimer la prévalence mondiale des violences sexuelles chez les moins de 18 ans, à partir d'un large ensemble d'études sur la violence sexuelle et les facteurs associés (12). La prévalence globale des violences sexuelles déclarées était de 18 % [IC 95 % : 16,4 – 19,7] chez les filles et de 7,6 % [IC 95 % : 6,6 – 8,8] chez les garçons ; hétérogénéité significative : $p < 0,01$ pour chacun des résultats. Les résultats ont montré que la conception de l'étude influence considérablement la prévalence des violences sexuelles déclarées notamment :

- la définition des violences sexuelles : effet significatif chez les filles (prévalence globale la plus élevée avec la définition de la *third National Incidence Study 2001*) ;
- la période considérée pour évaluer la survenue des violences sexuelles (de 0-12 ans à 0-18 ans) : effet significatif chez les filles (prévalence globale la plus élevée entre 0 et 14 ans ; prévalence la plus faible entre 0 et 13 ans) ;
- l'inclusion d'une différence d'âge – habituellement de 5 ans – entre l'agresseur et la victime : effet significatif chez les garçons et les filles (prévalence globale plus élevée quand il existe un critère différence d'âge) ;
- le type d'instrument utilisé (entretien téléphonique ou face à face, ou questionnaire papier ou informatisé) pour évaluer les violences sexuelles : effet significatif chez les filles (prévalence globale la plus basse avec un questionnaire informatique ; prévalence la plus élevée avec un questionnaire papier) ;
- le nombre de questions (< 3 ; 3-7 ; > 8) : effet significatif chez les filles (prévalence globale plus élevée avec un grand nombre de questions sur les violences sexuelles) ;
- le répondeur au questionnaire (adulte ou enfant) : effet significatif pour les garçons (prévalence globale plus grande pour les hommes adultes) ;
- le taux de réponse : prévalence globale la plus faible pour des taux de réponse moyens chez les garçons et les filles ; prévalence globale la plus élevée pour des taux de réponse faibles chez les filles et pour des taux de réponse élevés chez les garçons ;
- la procédure d'échantillonnage : effet significatif chez les garçons (prévalence globale deux fois plus élevée dans les échantillons de convenance comparé aux échantillons tirés au hasard) ;
- la taille de l'échantillon : effet significatif chez les garçons et les filles (plus l'échantillon est grand plus la prévalence globale est faible).

Il n'a pas été mis en évidence de différence de prévalence globale selon l'année de publication des études (< 1990 ; 1990-1999 ; > 1999) indépendamment du sexe ; en revanche influence du type de publication (article de revue ou littérature grise) : effet significatif chez les filles (prévalence globale plus élevée avec les thèses ou les mémoires).

Une autre revue systématique de la littérature a eu pour objectif de synthétiser la prévalence des violences sexuelles chez les enfants de moins de 18 ans, à l'échelle mondiale en utilisant les données les plus récentes (> 2 000) recueillies auprès de populations constituées d'enfants et d'adolescents au moment de l'étude (prévalence déclarée) (13). La prévalence globale des violences sexuelles tous types était de 15 % (IC 95 % : 9 – 24) pour les filles et 8 % (IC 95 % : 4 – 16) pour les garçons. La principale limite de cette revue est la forte hétérogénéité entre les études incluses dans la méta-analyse persistant avec les analyses en sous-groupes.

L'OMS a retenu pour la zone Europe les prévalences de maltraitance infantile suivantes (14) :

- maltraitance sexuelle : 13,4 % pour les filles, et 5,7 % pour les garçons ;
- maltraitance physique : 22,9 % pour les filles et les garçons ;
- maltraitance psychologique : 29,1 %.

Ces estimations résultent d'une revue systématique des études européennes (n = 50), publiées en anglais, concernant les différents types de maltraitance.

Chez les enfants témoins de maltraitance conjugale, le risque d'un autre type de maltraitance serait de 30 % à 60 % (10).

Tableau 3. Revues systématiques de la littérature sur la prévalence de la maltraitance infantile

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>Stoltenborgh <i>et al.</i>, 2013 (11)</p>	<p>Quelle est la prévalence mondiale de la maltraitance physique infantile ?</p> <p>Systématique Multibase 01/1980 – 01/2008 Articles de revues</p>	<p>Critères de sélection des articles* Extraction des données par plusieurs relecteurs</p>	<p>Méta-analyse Modèle aléatoire Recherche d'une hétérogénéité Recherche d'un biais de publication Analyses de la variabilité des résultats entre les études †</p>	<p>Prévalence de la maltraitance physique</p>	<p>111 publications incluses dans la revue. 168 échantillons de populations. 9 698 801 sujets. Deux populations d'études séparées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études avec prévalence documentée (11 échantillons ; 9 448 634 sujets) : 0,3 % [IC 95 % : 0,0 – 2,0] hétérogénéité significative : $p < 0,01$; • Études avec prévalence déclarée (157 échantillons ; 194 665 sujets) : 22,6 % [IC 95 % : 19,6 – 26,1] hétérogénéité significative : $p < 0,01$: <ul style="list-style-type: none"> ▸ pas de différence de prévalence selon le sexe, l'origine géographique ou ethnique de l'échantillon ; ▸ mais différence de prévalence selon les caractéristiques de conception de l'étude. Les plus forts taux de prévalence ont été trouvés dans les études utilisant une définition plus large des violences physiques, mesurant les violences sur une période plus longue (de 0 à 18 ans), utilisant des échantillons universitaires, dans lesquelles les répondants étaient des adultes et les études comportant plus de questions sur les violences physiques. <p>Biais de publication peu probable.</p>
<p>Barth <i>et al.</i>, 2013 (13)</p>	<p>Quelle est la prévalence mondiale de la maltraitance sexuelle infantile à partir des données les</p>	<p>Critères de sélection des études ‡ Critères d'exclusion des articles §</p>	<p>Méta-analyse Modèle aléatoire Recherche d'une hétérogénéité</p>	<p>Taux de prévalence des violences sexuelles (stratifié sur le sexe et le type de violences</p>	<p>55 études incluses dans la revue de synthèse Caractéristiques des études incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduites dans 24 pays ; en Asie [16], Amérique du Nord [14], Europe [11], Afrique [9], Amérique centrale et Sud [5]

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>plus récentes ?</p> <p>Systematique Multibase Jusqu'en 02/2009 Articles de revues</p>			sexuelles)	<ul style="list-style-type: none"> Échantillons de 106 à 127 097 sujets. Population ≥ 13 ans dans toutes les études. Majorité d'études transversales. Majorité des échantillons recrutés dans des écoles et évalués avec des questionnaires auto-administrés (1 à 15 questions). 55 % des études dans des pays ayant un index de développement humain élevé (HDI). <p>32 études incluses dans la méta-analyse. Prévalence des violences sexuelles avec viol : - filles : 9 % (IC 95 % : 6 – 14) I² = 76 % ; - garçons : 3 % (IC 95 % : 1 – 9) I² = 100 %.</p> <p>Prévalence des violences sexuelles avec attouchement (11 études) : - filles : 13 % (IC 95 % : 8 – 21) ; - garçons : 6 % (IC 95 % : 2 – 16).</p> <p>Prévalence des violences sexuelles (tous types, y compris sans contact- et non spécifiées) : - filles : 15 % (IC 95 % : 9 – 24) I² = 50 % ; - garçons : 8 % (IC 95 % : 4 – 16) I² = 98 %.</p>
<p>Stoltenborgh <i>et al.</i>, 2011 (12)</p>	<p>Quelle est la prévalence mondiale de la maltraitance sexuelle infantile ?</p> <p>Systematique</p>	<p>Critères de sélection des articles II</p>	<p>Méta-analyse Modèle aléatoire Recherche d'une hétérogénéité Recherche d'un biais de publication</p>	<p>Taux de prévalence de la maltraitance sexuelle infantile</p>	<p>217 publications incluses dans la revue. 331 échantillons de populations. 9 911 748 sujets.</p> <p>Deux populations d'études séparées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Études avec prévalence documentée (8 échantillons ; 9 500 797 sujets) : 0,4 % [IC 95 % : 0,1 – 1,5] ;

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>Multibase 01/1980 – 01/2008 Articles de revues</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Études avec prévalence déclarée (323 échantillons ; 410 951 sujets) : 12,7 % [IC 95 % : 10,7 – 15,0] ; <ul style="list-style-type: none"> ▸ prévalence globale mondiale de la maltraitance sexuelle chez les filles : 18 % [IC 95 % : 16,4 – 19,7] hétérogénéité significative : $p < 0,01$; <ul style="list-style-type: none"> → en Europe (39 échantillons), cette prévalence est de : 13,5 % [IC 95 % : 11,0 – 16,5] ; → selon la définition de la <i>Third National Incidence Study</i> ¶ (47 échantillons), cette prévalence est de : 21,2 % [IC 95 % : 17,8 – 25,0] ; ▸ prévalence globale mondiale de la maltraitance sexuelle chez les garçons : 7,6 % [IC 95 % : 6,6 – 8,8] hétérogénéité significative : $p < 0,01$; <ul style="list-style-type: none"> → en Europe (24 échantillons), cette prévalence est de : 5,6 % [IC 95 % : 3,8 – 8,4] ; → selon la définition de la <i>Third National Incidence Study</i> (17 échantillons), cette prévalence est de : 10,7 % [IC 95 % : 6,6 – 16,8].
<p>Jones <i>et al.</i>, 2012 (15)</p>	<p>Quelle est la prévalence et le risque de violence envers des enfants ≤ 18 ans ayant une déficience ?</p>	<p>Sélection et analyse des articles par 2 relecteurs Critères d'inclusion des études ** Enfants ayant un retard mental ; une déficience</p>	<p>Méta-analyse Modèle aléatoire Recherche d'une hétérogénéité</p>	<p>Violence physique, sexuelle, émotionnelle (ou psychologique), négligence ou violence quelle qu'elle soit</p>	<p>17 études incluses (15 études transversales et 2 études de cohortes) (11 études aux États-Unis, 6 en Europe) Estimation du taux de prévalence de la violence envers des enfants ayant une déficience quelle qu'elle soit (16 études, 14 721 sujets) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • violence tous types (7 études) : 27 % (étendue 5 % à 68 %) [IC 95 % : 14 – 42] ; hétérogénéité significative $I^2 = 99 %$; • violence physique (11 études) : 20 % (étendue 4 % à 68 %) [IC 95 % : 13 – 29] ; hétérogénéité significative

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
		associée à une maladie mentale ; une déficience physique, ou sensorielle			<p>I2 = 97 % ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • violence sexuelle (15 études) : 14 % [IC 95 % : 9 – 19] ; hétérogénéité significative I2 = 98 % ; • violence psychologique (6 études) : 18 % [IC 95 % : 12 – 26] ; hétérogénéité significative I2 = 95 % ; • négligence (6 études) : 10 % [IC 95 % : 3 – 20] ; hétérogénéité significative I2 = 98 %. <p>Estimation du risque de violence envers des enfants ayant une déficience quelle qu'elle soit (11 études) : augmentation du risque de violence par rapport aux sujets témoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • violence tous types (4 études) : OR 3,7 [IC 95 % : 2,5 – 5,3] ; hétérogénéité significative I2 = 92 % ; • violence physique (6 études) : OR 3,6 [IC 95 % : 2,8 – 4,5] ; hétérogénéité significative I2 = 51 % ; • violence sexuelle (6 études) : OR 2,9 [IC 95 % : 2,2 – 3,7] ; hétérogénéité significative I2 = 87 %

* : Articles qui rapportent la prévalence de la maltraitance physique en termes de : proportion d'enfants, < 18 ans, échantillon non clinique, les données permettent de déterminer la proportion et la taille de l'échantillon.

† : Analyse de la variabilité des résultats entre les études en fonction : des caractéristiques des échantillons (sexe, origine géographique, NSE, type d'échantillon, et répondeur - enfant ou adulte, ou parents), des preuves de la maltraitance physique (auto-déclaration ou documentée [clinique, évaluation médicale, juridique], de la définition de la maltraitance physique [comparée à celle de la *National Incidence Study*], la période de la maltraitance [0-12, 0-18, limité à une année], le type d'instrument utilisé pour l'étude [interview, questionnaire, validité du questionnaire]).

‡ : Études rapportant la prévalence des violences sexuelles, pour lesquelles les données ont été recueillies à partir de 2000 et l'âge des participants est < 18 ans.

§ : Études de cas et études dont le pays est inconnu et la taille de l'échantillon < 1 000.

|| : Articles qui rapportent la prévalence des violences sexuelles en termes de : proportion d'enfants, < 18 ans, échantillon non clinique, les données permettent de déterminer la proportion et la taille de l'échantillon.

¶ : Violences sexuelles classées en 3 catégories : i) selon la définition de la *Third National Incidence Study* : violences sexuelles avec viol ; avec attouchement ; autres ou inconnues ; ii) plus stricte que la définition de la *Third National Incidence Study* : le plus souvent limité au viol ; plus large que la définition de la *Third National Incidence Study* : quand les violences sans contact étaient incluses (ex : exhibitionnisme).

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>** : études transversales, cas-témoins, ou études de cohortes ; mesure de la violence envers les enfants \leq 18 ans ; précisant le type de handicap, les troubles associés, les limitations de l'activité, les aides ; précisant les définitions et les méthodes de mesure de la violence et les taux de prévalence ou les OR ou les données brutes. Exclusion des études sur des populations sélectionnées sur les problèmes associés à la violence ; ayant un taux de réponse < 50 % ou non précisé.</p>					

2.1.4 Sous-estimation de la maltraitance

Dans son rapport *New directions in child abuse and neglect research*, l'*Institute of Medicine* aborde les raisons des sous-déclarations (16). On sait que tous les cas d'enfants maltraités ne sont pas connus des services de protection de l'enfance au moment où les violences se produisent.

Des révélations tardives d'adultes maltraités pendant leur enfance suggèrent que la plupart des cas ne sont révélés à personne, peu sont signalés et investigués par les services de protection de l'enfance ou la justice. Les raisons invoquées par des adultes maltraités dans leur enfance pour expliquer le fait qu'ils n'en aient parlé à personne sont qu'ils n'ont pas réalisé que ce qui arrivait était répréhensible ou une forme de maltraitance infantile, et qu'ils craignaient ou s'inquiétaient de ce qui arriverait s'ils en parlaient ou s'ils cherchaient de l'aide.

Des mauvais traitements peuvent parfois être identifiés sans que l'enfant en parle. Mais la détection de nombreux cas de maltraitance physique, de négligence et de presque tous les cas de maltraitance sexuelle dépend de ce que l'enfant en dit, et des mesures prises par les adultes de son entourage par rapport à ces révélations. Des professionnels peuvent éprouver des difficultés pour signaler une maltraitance par crainte de conséquences pour eux-mêmes et leur pratique.

Les facteurs associés à une moindre déclaration par les médecins incluaient la connaissance de la famille, l'attente de répercussions négatives d'une déclaration auprès des services de protection de l'enfance, un doute de l'effet bénéfique de la déclaration sur les résultats cliniques du patient, la conviction que le travail avec la famille pour résoudre la situation serait préférable, et la crainte que la déclaration détériore les relations entre le médecin et la famille.

Les facteurs favorisant la déclaration des cas par les médecins incluaient la discussion avec la consultation de collègues et d'autres professionnels.

La France n'échapperait pas à la sous-déclaration de la maltraitance chez l'enfant, comme le laisse supposer une étude rétrospective de l'Inserm sur les infanticides (mort par violence intentionnelle avant l'âge de 1 an) dans trois régions auprès de 26 tribunaux sur une période de 5 ans (1996–2000) qui a montré que le nombre moyen annuel d'infanticides doit être d'environ 250 plutôt que 17 (chiffre des statistiques annuelles nationales de mortalité) (17).

2.2 Caractéristiques

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés par les parents, mise à part la maltraitance sexuelle qui peut être le fait de connaissances ou d'un autre membre de la famille (10). La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité (18).

2.3 Facteurs de risque de maltraitance

Ce paragraphe sur les facteurs de risque a été rédigé à partir d'une revue de la littérature publiée en 2010 (17).

2.3.1 Facteurs de risque liés à l'enfant

Les facteurs de risque de maltraitance liés à l'enfant sont (17) :

- Le jeune âge de l'enfant. Le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable aux violences physiques. En France, le taux d'homicide le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 1 an ; dans l'enquête de l'Inserm sur les infanticides, plus de la moitié des victimes de mort violente avaient moins de 4 mois (17). Aux États-Unis, les plus forts taux de maltraitance infantile et de négligence sont rapportés chez des enfants dans la tranche d'âge de 0-3 ans (16).

- La répartition par sexe varie notamment en fonction du type de mauvais traitement. Les filles sont majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. En revanche, au niveau des données de mortalité, il y a une prédominance du sexe masculin ; et dans l'enquête de l'Inserm sur les infanticides, 77 % des bébés secoués étaient des garçons (17).
- La prématurité. Il a été montré à partir d'une analyse rétrospective, menée sur une cohorte de naissances, que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée, pour l'enfant, d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance, pour tous les types de maltraitance, y compris les violences sexuelles (19). Cette association statistique était indépendante de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique.
- Les troubles du comportement et de la conduite (20) et le handicap en particulier intellectuel. Les divers types de handicaps intellectuels ou psychologiques sont souvent les séquelles, chez le jeune enfant, de la prématurité (surtout de la grande prématurité) (17). Il a été montré, à partir d'une analyse rétrospective menée sur une cohorte de naissances anglaise, que l'association entre troubles de la conduite et des apprentissages, d'une part, et maltraitance, d'autre part, était indépendante de l'âge gestationnel, du poids de naissance ainsi que des caractéristiques socio-économiques de la famille (21). Le handicap en lui-même est donc un facteur de risque de maltraitance (17).

L'estimation de la prévalence et du risque de violence envers des enfants ayant une déficience quelle qu'elle soit a fait l'objet d'une revue systématique récente de la littérature (15) (*tableau 3*). Cependant, cette revue est limitée par une hétérogénéité significative pour tous les résultats, rapportée à une grande variabilité dans les caractéristiques des études.

2.3.2 Facteurs de risque liés aux parents

Les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents sont (17) :

- Le très jeune âge de la mère. Incriminé notamment dans des études américaines. Ce facteur aurait peu d'impact en France où les grossesses précoces sont un phénomène rare. Dans l'étude de l'Inserm, seules deux mères avaient moins de 18 ans.
- Certaines caractéristiques, identifiées de longue date chez les parents maltraitants, telles que : les carences affectives, l'immaturité, la dépression, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié.
- Les antécédents personnels de violence subie dans la propre enfance des parents (appelé aussi transmission intergénérationnelle de la violence) (16). Dans l'étude de l'Inserm, en considérant les pères et les mères qui avaient fait l'objet d'une expertise psychiatrique, celle-ci ayant révélé une pauvreté des affects, une immaturité, une impulsivité et/ou une intolérance à la frustration. Il a été montré que la moitié des auteurs de syndrome du bébé secoué ou d'homicides volontaires ayant ce type de personnalité avaient des antécédents de mauvais traitements dans leur enfance.
- L'isolement social (16, 17). Pour les cas de l'étude de l'Inserm, l'isolement de la mère, social et surtout moral semble jouer un rôle majeur dans le processus qui a conduit à l'infanticide (22).
- Le niveau socio-économique des parents. Les facteurs socio-économiques sont le plus mis en avant avec un niveau de preuve des plus variable. Or, dans l'étude de l'Inserm, les parents auteurs étaient représentatifs de la population générale dont ils étaient issus, quant à la catégorie socioprofessionnelle.
 - L'analyse de la littérature internationale montre que le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue de la maltraitance est diversement apprécié, même si pour la majorité des auteurs les mauvais traitements surviennent électivement dans les familles pauvres. La pauvreté difficile à mesurer de façon standardisée et universelle, est dénommée et définie selon divers critères (dénommée pauvreté ou précarité, exclusion, chômage, ou appréhendée par des facteurs connus comme souvent associés à la pauvreté : niveau d'études peu élevé, monoparentalité).
 - Aux États-Unis, cette controverse autour des facteurs socio-économiques s'est cristallisée sur le rôle de « l'ethnicité », les familles noires appartenant généralement aux couches les plus défavorisées de la population. La plupart des études ont démontré que les mauvais traitements étaient lar-

gement plus fréquents chez les Noirs, non-Blancs ou Africains-Américains (23). Cependant, une étude a eu pour objectif de déterminer la répartition, selon l'ethnicité, des efforts développés pour diagnostiquer une maltraitance (24). Les résultats de cette étude ont montré que les enfants « non-Blancs » avaient une probabilité plus élevée, par rapport aux enfants Blancs, de subir des examens radiologiques très détaillés à la recherche de lésions évocatrices de maltraitance et de faire l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance. Ce signalement était même 3 fois plus fréquent pour ces enfants non-Blancs en cas de fracture reconnue comme d'origine accidentelle. Chez les enfants Blancs, les explorations sans doute insuffisantes ont très probablement été responsables du non-diagnostic de cas de maltraitance.

Le rôle clé de l'ethnicité apparaît également réfuté dans plusieurs autres études américaines, soit parce que l'explication quant aux différences « Noirs-Blancs » se trouve dans des biais de signalement (25), soit parce que les facteurs raciaux disparaissent lorsqu'on compare les deux groupes d'enfants à niveau socio-économique identique, soit tout simplement parce qu'on ne trouve aucune différence significative (26).

► C'est pour le syndrome du bébé secoué qu'existe la littérature la plus affirmative quant à l'absence de rôle des facteurs socio-économiques, et toutes les classes sociales sont concernées. De fait, les facteurs psychoaffectifs priment sur les facteurs socio-économiques.

2.3.3 Risque lié à un non-attachement

L'investissement affectif de l'enfant dès la grossesse, voire avant, et l'établissement d'un véritable lien entre le nouveau-né et ses parents dès la naissance sont les clés d'une relation harmonieuse entre le bébé, puis l'enfant, et ses parents (17) (voir les travaux de John Bowlby sur la théorie de l'attachement). Toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement délétères (prématurité, toutes les causes d'hospitalisation néonatales, dépression du post-partum).

2.4 Conséquences à long terme

2.4.1 Études de cohortes

Ce paragraphe sur les études de cohorte a été rédigé à partir de la revue de la littérature publiée en 2010 (17).

Des conséquences somatiques, parfois gravissimes, notamment dans les traumatismes crâniocérébraux, au premier rang desquels ceux causés par le syndrome du bébé secoué, peuvent entraver le déroulement de la scolarité et le processus de socialisation normale (27). La responsabilité en incombe à des lésions responsables de retards mentaux parfois massifs, de crises d'épilepsie, séquelles d'hématomes cérébraux, et/ou de troubles visuels graves, faisant suite à des hémorragies rétinienne et pouvant aller jusqu'à la cécité complète.

De nombreux états pathologiques peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance, l'étiologie pouvant rester inconnue si la question n'est pas posée, ni même envisagée, par le neurologue, le psychiatre, l'ophtalmologiste, le gynécologue, le gastro-entérologue (17). Cette difficulté à établir l'étiologie des troubles observés est liée à la fiabilité limitée de toutes les données d'interrogatoire, concernant des faits souvent très anciens.

Ce sont les études de cohortes longitudinales, principalement celles où les personnes font l'objet d'un suivi prospectif de la naissance à l'âge adulte qui vont permettre d'identifier des faits lors de leur survenue (17).

Les études greffées sur ces cohortes prennent en compte les facteurs de confusion tels que le niveau socio-économique de la famille (17). Elles démontrent qu'indépendamment de celui-ci, la maltraitance dans l'enfance est liée, à l'âge adulte, à un mauvais état de santé global (28), à la survenue d'attaques de panique (29), à la délinquance et la consommation de drogue et d'alcool(30), à des troubles mentaux (31) tels que la dépression, l'anxiété majeure, les conduites antisociales, la dépendance aux drogues, les idées suicidaires et les tentatives de suicide ente 16

et 25 ans, tous ces derniers troubles étant particulièrement fréquents en cas de maltraitance sexuelle.

2.4.2 Revues systématiques

La relation entre maltraitance sexuelle infantile et survenue de troubles psychologiques à long terme (à type de dépression, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique, consommation et dépendance à l'alcool et aux drogues, tentatives de suicides) est établie et a fait l'objet d'une revue systématique par l'OMS (32).

Une revue systématique a eu pour objectif de synthétiser la littérature sur la relation potentielle entre violence physique, violence psychologique et négligence pendant l'enfance et les conséquences à long terme sur la santé mentale et physique (33). Les analyses ont mis en évidence des associations significatives entre maltraitance infantile autre que sexuelle et troubles dépressifs, troubles anxieux, tentative de suicide, consommation de drogue, maladies sexuellement transmissibles et comportement sexuel à risque. Les principales limites de cette étude sont : un biais de publication potentiel (résultats non significatifs non publiés) ; des différences entre les études dans la définition de la maltraitance infantile ; un biais de mesure des résultats de santé et la fiabilité discutable des données basées sur des déclarations ; la réalisation de cette méta-analyse à partir d'études observationnelles ne permet pas d'évaluer l'influence de facteurs de confusion ; une hétérogénéité significative dans les analyses de base de la violence physique et des violences psychologiques, persistant malgré la tentative de contrôler la qualité des études dans le modèle utilisé (une combinaison des effets pourrait ne pas être justifiée dans ce cas).

Cette revue a également mis en évidence une association entre obésité et maltraitance infantile à type de violence physique ou de violences psychologiques, et l'absence d'association entre obésité et négligence (33). Une autre revue systématique a suggéré que la maltraitance infantile est associée au développement d'une obésité au cours de la vie (34). Cette association n'a pas été retrouvée chez les enfants et les adolescents (analyse en sous-groupe), ni pour la violence psychologique (analyse de sensibilité), ni en ajustant sur l'existence d'une dépression en cours.

Une autre revue systématique avec méta-analyse a eu pour objectif de déterminer s'il existait une association entre une maltraitance sexuelle ou physique dans l'enfance (< 16 ans) et la survenue d'une dépression ou d'une anxiété au cours de la vie (> 16 ans) (35). Les résultats ont montré : un OR doublé pour la survenue d'une dépression ou d'une anxiété en cas de maltraitance sexuelle infantile et un OR de 1,5 pour la survenue d'une dépression ou d'une anxiété en cas de maltraitance physique. Les limites de cette revue sont liées à celles des études incluses : la maltraitance évaluée de façon rétrospective dans toutes les études ; par différentes méthodes et sans détails sur la fréquence, la durée et la sévérité de la maltraitance ; la définition de la dépression et de l'anxiété était différente selon les études. Ces éléments ont pu contribuer à l'hétérogénéité observée entre les études.

Une revue systématique de synthèse a cherché à estimer i) la prévalence des troubles des conduites sociales chez les sujets ayant subi des violences sexuelles et ii) la prévalence des violences sexuelles chez les sujets ayant des troubles des conduites sociales (36) (*tableau 4*).

i) Quatorze études avec un groupe contrôle ont été identifiées. Chez l'enfant (âge ≤ 19 ans – 10 études), les troubles des conduites sociales étaient plus fréquents chez les sujets ayant subi des violences sexuelles dans 7/10 études (différence significative dans 4/7 études). Chez l'adulte, les troubles des conduites sociales étaient plus fréquents chez les sujets ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance (différence statistiquement significative 4/4 études).

ii) Deux études avec un groupe contrôle de sujets sans troubles des conduites sociales ont été identifiées. Dans la première étude chez l'adulte, la prévalence des violences sexuelles était significativement plus grande chez les sujets ayant des troubles des conduites sociales (25 % vs 11 % ; $p < 0,01$). Dans la seconde étude chez l'enfant de 6 à 18 ans, la prévalence des violences sexuelles était également augmentée chez les sujets ayant des troubles des conduites sociales (18 % vs 11 %), mais sans différence significative.

Une revue systématique, publiée par le même auteur, a eu pour objectif d'étudier l'association entre des antécédents de maltraitance sexuelle infantile et l'existence de troubles des conduites sociales (37) (*tableau 4*). Dans la majorité des études, les troubles des conduites sociales étaient significativement associés aux antécédents de maltraitance dans l'enfance, y compris après prise en compte des facteurs de confusion potentiels.

Tableau 4. Revues systématiques de la littérature sur les conséquences de la maltraitance infantile

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
<p>Maniglio, 2014 (37)</p>	<p>Signification, nature et direction de l'association entre maltraitance sexuelle infantile et troubles des conduites sociales</p> <p>Systématique Multibase Jusqu'à 12/2011 Articles de revues</p>	<p>Critères de sélection des études *</p> <p>Sélection et analyse des articles par deux relecteurs</p>	<p>Synthèse qualitative</p>	<p>Association entre maltraitance infantile et troubles des conduites sociales</p>	<p>36 études incluses, portant sur 185 358 sujets.</p> <p>Comparaison des sujets, avec versus sans troubles des conduites sur les antécédents de maltraitance sexuelle infantile (15 études ; analyse univariée 6 études, multivariée 7 études, uni et multivariée 2 études).</p> <p>Analyse univariée : 5 études/8 : association significative entre des antécédents de maltraitance sexuelle infantile et les troubles des conduites sociales.</p> <p>Analyse multivariée : 7 études/9 : les antécédents de maltraitance infantile étaient un facteur prédictif indépendant de troubles des conduites sociales après contrôle des facteurs de confusion potentiels sociodémographiques et cliniques. OR disponibles dans 3 études : les sujets ayant des troubles des conduites sociales étaient environ 2 fois plus susceptibles de rapporter des antécédents de maltraitance infantile ou des agressions sexuelles récentes comparés aux sujets sans troubles des conduites sociales.</p> <p>2 études ont eu pour objectif de déterminer l'ordre chronologique entre violences sexuelles et troubles des conduites sociales.</p> <p>L'une a montré que des agressions sexuelles précoces sont un facteur prédictif de l'apparition ultérieure de troubles des conduites sociales (après prise en compte des variables sociodémographiques, d'autres agressions survenant avant l'apparition des troubles des conduites, d'autres troubles apparus avant les violences sexuelles ou entre le début des violences sexuelles et les troubles des conduites).</p> <p>Comparaison des sujets, avec versus sans antécédents de maltraitance sexuelle infantile sur une évaluation des troubles des conduites sociales (21 études ; analyse univariée 13 études, multivariée 4 études, uni et multivariée 4 études).</p> <p>Analyse univariée : 12 études/17 : association significative entre antécédents de maltraitance sexuelle infantile et troubles des conduites sociales.</p> <p>Analyse multivariée : 4 études/8 : les antécédents de maltraitance sexuelle infantile étaient un facteur prédictif de troubles des conduites sociales après contrôle des facteurs de confusion potentiels sociodémographiques et cliniques. OR disponibles dans 6 études : les sujets ayant des antécédents</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
					<p>de maltraitance sexuelle infantile étaient 2 à 12 fois plus susceptibles d'avoir des troubles des conduites sociales comparés à ceux sans antécédents de maltraitance sexuelle infantile.</p> <p>Une seule étude a évalué l'ordre chronologique entre violences sexuelles et troubles des conduites sociales. Des sujets chez lesquels les violences sexuelles ont été confirmées par un examen médical étaient plus susceptibles que les sujets contrôles d'avoir été en contact avec les services de santé mentale pour troubles des conduites pendant la période de suivi allant de 12 à 43 ans.</p>
<p>Maniglio, 2013 (36)</p>	<p>Quelle est la prévalence des violences sexuelles chez les enfants ayant des troubles des conduites sociales ?</p> <p>Systematique Multibase Jusqu'à 12/2012 Articles de revues</p>	<p>Critères de sélection des études †</p> <p>Sélection et analyse des articles par deux relecteurs</p>	<p>Défaut majeur absence de recherche d'une hétérogénéité entre les études, mais intérêt de la revue systematique</p>	<p>Taux de prévalence</p>	<p>23 études incluses, portant sur 7 256 sujets :</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 études ont évalué la prévalence des violences sexuelles chez 2 207 sujets (féminins 36,5 %) ayant des troubles des conduites sociales actuels ou passés ; 17 études ont évalué la prévalence des troubles des conduites sociales chez 5 049 sujets (féminins 74 %) ayant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance. <p>Échantillon < 100 sujets (50 % des études), échantillon clinique (83 % des études).</p> <p>Sujets ≤ 19 ans (83 % des études).</p> <p>Troubles des conduites sociales définis selon le DSM (91 % des études) ; sur dossiers cliniques (utilisés dans 22 % des études), un entretien non standardisé (9 %) ou standardisé (70 % des études, avec le sujet [78 %] ou la personne qui s'occupait de lui [17 %]).</p> <p>Violences sexuelles évaluées de façon rétrospective dans toutes les études ; violences sexuelles confirmées dans seulement 30 % des études (violences documentées dans le dossier médical, aveu ou condamnation de l'agresseur, rapport de police ou des services sociaux) ; définitions des violences sexuelles différant grandement d'une étude à l'autre : au moins un épisode de violence sexuelle (96 % des études) déclaré (65 %) survenu à n'importe quel moment durant l'enfance (87 %) incluant attouchement (65 %) ou rapports sexuels (35 %).</p> <p>Groupe contrôle (sans troubles des conduites sociales ou n'ayant pas subi des violences sexuelles) dans 70 % des études.</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
					<p>Absence de validation indépendante et/ou d'évaluation en aveugle pour confirmer l'exposition (52 % des études) ou les résultats (74 %).</p> <p>Prévalence des violences sexuelles dans l'enfance chez les sujets ayant des troubles des conduites sociales passés ou actuels.</p> <p>Violences sexuelles plus fréquentes chez les personnes ayant des troubles des conduites sociales.</p> <p>2 études/6 avec groupe contrôle :</p> <p>étude 1/ (âge ≥ 20 ans ; 1 458 cas et 32 827 contrôles) 25 % vs 11 % ; p < 0,01 ;</p> <p>étude 2/ (âge 6 – 18 ans ; 209 cas et 128 contrôles) 18 % vs 11 % ; différence non significative.</p> <p>Prévalence des troubles des conduites sociales chez les sujets ayant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance (14 études avec groupe contrôle /17) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge ≤ 19 ans (10 études) troubles des conduites sociales plus fréquents chez les sujets ayant subi des violences sexuelles dans 7 études/10 (différence significative dans 4 études/7) ; - adulte (4 études) : troubles des conduites sociales plus fréquents chez les sujets ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance (différence statistiquement significative 4 études/4).
<p>Norman <i>et al.</i>, 2012 (33)</p>	<p>Synthétiser les données relatives à l'association entre la maltraitance infantile autre que sexuelle et les résultats de santé physique et mentale</p> <p>Systématique Multibase Jusqu'à 06/2012 Articles de revues</p>	<p>Articles paraissant remplir les critères d'inclusion analysés par deux relecteurs</p> <p>Critères d'inclusion des études ‡</p>	<p>Méta-analyse compliquée par la présence d'une hétérogénéité significative</p> <p>Utilisation d'un modèle à effet fixe modifié (méta-analyse qualitative)</p> <p>Analyses en sous-groupes Recherche d'un</p>	<p>Association entre maltraitance infantile autre que sexuelle et résultats de santé (sans restriction)</p>	<p>124 études incluses dans la méta-analyse.</p> <p>112 études réalisées dans des pays à haut revenus.</p> <p>16 études de cohortes prospectives, 96 études rétrospectives.</p> <p>Une association statistiquement significative a été observée (par rapport aux individus non maltraités) entre :</p> <p>Troubles dépressifs et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique : OR : 1,54 [IC 95 % : 1,16 – 2,04] ; - violences psychologiques : OR : 3,06 [IC 95 % : 2,43 – 3,85] ; - négligence : OR : 2,11 [IC 95 % : 1,61 – 2,77]. <p>Hétérogénéité significative p < 0,01 pour les trois et possible biais de publication pour la violence physique. Des données suggèrent une relation dose-effet pour i) violence physique, avec une dépression plus susceptible</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
			biais de publication		<p>de survenir en cas de négligence fréquente qu'en cas de négligence survenant parfois, ii) violences psychologiques.</p> <p>Trouble anxieux et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique : OR : 1,51 [IC 95 % : 1,27 – 1,79] ; hétérogénéité $p < 0,01$; - violences psychologiques : OR : 3,21 [IC 95 % : 2,05 – 5,03] ; hétérogénéité $p < 0,01$; - négligence : OR : 1,82 [IC 95 % : 1,51 – 2,20] hétérogénéité non significative. <p>Post-traumatic stress disorder et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique : OR : 2,94 [IC 95 % : 2,25 – 3,84] ; hétérogénéité $p < 0,01$; - négligence : OR : 1,73 [IC 95 % : 1,44 – 2,08] hétérogénéité non significative. <p>Relation dose-effet pour la violence physique : troubles anxieux plus susceptibles de survenir en cas de violence physique fréquente qu'en cas de violence physique survenant parfois dans l'enfance.</p> <p>Troubles du comportement alimentaire et :</p> <p>les trois types de maltraitance (risque x 3 pour chacun) (hétérogénéité $p < 0,01$; $p = 0,04$; non significative) (études rétrospectives, 1 étude prospective).</p> <p>Violence physique associée à un risque de compulsions alimentaires x 5 ; compulsions alimentaires plus susceptibles de survenir en cas de violence physique sévère et répétée.</p> <p>Troubles du comportement et troubles des conduites sociales dans l'enfance et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique : OR : 2,29 [IC 95 % : 1,76 – 2,97] ; hétérogénéité non significative ; - négligence : OR : 2,01 [IC 95 % : 1,42 – 2,84] ; hétérogénéité non significative. <p>Consommation de drogues et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique : OR : 1,92 [IC 95 % : 1,67 – 2,30]. Hétérogénéité non significative ;

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
					<p>- violences psychologiques : OR : 1,41 [IC 95 % : 1,11 – 1,79] (effets non poolés) ;</p> <p>- négligence : OR : 1,36 [IC 95 % : 1,21 – 1,54]. Hétérogénéité non significative. Significativité <i>border line</i> dans les études prospectives et association plus forte cohérente dans les études rétrospectives.</p> <p>Tentative de suicide et :</p> <p>- violence physique : OR : 3,40 [IC 95 % : 2,17 – 5,32] hétérogénéité $p < 0,001$;</p> <p>- violences psychologiques : OR : 3,37 [IC 95 % : 2,44 – 4,67] hétérogénéité $p < 0,001$;</p> <p>- négligence : OR : 1,95 [IC 95 % : 1,13 – 3,37] hétérogénéité non significative.</p> <p>Aucune étude prospective.</p> <p>Maladies sexuellement transmissibles et/ou comportement sexuel à risque et :</p> <p>- violence physique : OR : 1,78 [IC 95 % : 1,50 – 2,10] (études prospectives et rétrospectives) hétérogénéité $p = 0,03$;</p> <p>- violences psychologiques : OR : 1,75 [IC 95 % : 1,49 – 2,04] hétérogénéité non significative ;</p> <p>- négligence : OR : 1,57 [IC 95 % : 1,39 – 1,78] hétérogénéité $p = 0,01$.</p> <p>Autres</p> <p>Obésité et :</p> <p>- violence physique : OR : 1,32 [IC 95 % : 1,04 – 1,64] hétérogénéité $p = < 0,01$;</p> <p>- violences psychologiques : OR : 1,24 [IC 95 % : 1,13 – 1,36] hétérogénéité $p = 0,14$.</p> <p>L'analyse dans le sous-groupe des études avec exposition à la violence constatée, il y avait une association forte avec une obésité dans une étude prospective, mais la taille de l'effet était réduite dans les études rétrospectives.</p> <p>Des données suggèrent une relation dose-effet entre violence physique et violences psychologiques, et le développement d'une obésité.</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
<p>Danese et Tan, 2014 (34)</p>	<p>La maltraitance infantile est-elle associée au risque d'obésité ? Systématique Multibase Jusqu'au 01/08//2012 Articles de revues Langue anglaise</p>	<p>Critères de sélection des études § Extraction des données par 2 relecteurs</p>	<p>Hétérogénéité significative Méta-analyse réalisée avec un modèle à effet aléatoire Recherche d'un biais de publication Prise en compte des facteurs de confusion Analyses en sous-groupes</p>	<p>Effet estimé par l'odds ratio</p>	<p>Pas d'association mise en évidence pour la négligence.</p> <p>41 études portant 190 285 participants. Hétérogénéité significative entre les études : $I^2 = 74,8$; $p < 0,001$. Comparés à ceux n'ayant pas eu de maltraitance infantile, les individus maltraités sont plus susceptibles de développer une obésité au cours de leur vie : OR = 1,36 [IC 95 % : 1,26 – 1,47].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le <i>funnel plot</i> a montré une distribution asymétrique des études suggérant un biais de publication. Cependant, ce biais de publication potentiel n'affecterait pas les résultats de la méta-analyse de façon significative (test non paramétrique). • Recherche d'une influence excessive des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse globale : non significative. • Sensibilité des résultats de la méta-analyse à différentes définitions et mesures de la maltraitance infantile et de l'obésité : maltraitance infantile associée à l'obésité : <ul style="list-style-type: none"> ▸ que la maltraitance soit estimée dans des études rétrospectives, ou prospectives ; ▸ que la maltraitance soit estimée par un questionnaire, un entretien, ou sur dossier ; ▸ que la maltraitance soit définie par des violences sexuelles, des violences physiques, une négligence physique ou une violence psychologique <u>mais non</u> quand elle était définie par une négligence psychologique ; ▸ que l'obésité soit mesurée sur des déclarations des participants, ou à l'examen ; ▸ que l'obésité soit définie sur des catégories d'IMC, des mesures continues de l'IMC, ou des mesures continues du tour de taille. • Effet des facteurs de confusion potentiels : maltraitance infantile asso-

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
					<p>ciée à l'obésité que les résultats soient ou non associés sur le niveau socio-économique dans l'enfance ; à l'âge adulte ; la consommation actuelle de tabac ou d'alcool ; l'activité physique.</p> <p>Mais l'association entre maltraitance infantile et obésité n'était plus significative après ajustement sur l'existence d'une dépression en cours. La dépression pourrait être un facteur de confusion de l'association entre maltraitance infantile et obésité.</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse en sous-groupes : pas de différence en fonction de la qualité de l'étude ; <p>association entre maltraitance infantile et obésité significative à l'âge adulte, mais non significative chez l'enfant et chez l'adolescent.</p>
<p>Lindert <i>et al.</i>, 2014 (35)</p>	<p>Déterminer si les violences sexuelles ou physiques dans l'enfance sont associées à la survenue d'une dépression ou d'anxiété à l'âge adulte</p> <p>Systématique Multibase De 01/2000 à 03/2012</p>	<p>Sélection des études par un relecteur</p> <p>Analyse des études par deux relecteurs</p> <p>Critères de sélection des études II</p>	<p>Méta-analyse réalisée avec un modèle à effet aléatoire</p> <p>Recherche d'une hétérogénéité et exploration des sources potentielles d'hétérogénéité</p> <p>Recherche d'un biais de publication</p>	<p>Association estimée par l'odds ratio</p>	<p>19 études (20 échantillons) portant sur 115 579 participants. 18 études transversales, 1 longitudinale.</p> <p>Dépression et :</p> <ul style="list-style-type: none"> maltraitance sexuelle : 13/14 études ont trouvé un OR augmenté. OR global : 2,04 (IC 95 % : 1,65 – 2,53) ; hétérogénéité forte significative $I^2 = 81\%$; $p < 0,0001$; maltraitance physique : 7/7 études ont trouvé un OR augmenté. OR global : 1,49 (IC 95 % : 1,29 – 1,72) ; hétérogénéité faible non significative $I^2 = 36\%$; $p = 0,15$. <p>Anxiété et :</p> <ul style="list-style-type: none"> maltraitance sexuelle : 13/13 études ont trouvé un OR augmenté. OR global : 2,52 (IC 95 % : 2,12 – 2,98) ; hétérogénéité moyenne significative $I^2 = 59\%$; $p = 0,004$; maltraitance physique : 6/7 études ont trouvé un OR augmenté. OR global : 1,70 (IC 95 % : 1,33 – 2,18) ; hétérogénéité forte significative $I^2 = 83\%$; $p = 0,000$. <p>Détresse (c'est-à-dire une dépression ou une anxiété) et :</p> <ul style="list-style-type: none"> maltraitance sexuelle : OR global : 3,01 (IC 95 % : 2,41 – 3,76) ; hétérogénéité moyenne non significative $I^2 = 45\%$; $p = 0,12$; maltraitance physique : OR global : 2,16 (IC 95 % : 1,38 – 3,40) ;

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critère de jugement retenu	Résultats et signification
					hétérogénéité forte significative $I^2 = 96,6\%$; $p < 0,0001$.
<p>* : i) études chez l'homme ; ii) ne correspondant pas à des revues, thèses, comptes-rendus de congrès, éditoriaux, lettres, observations de cas, séries de cas ou commentaires ; iii) publiées en entier ; iv) dans des revues à comité de lecture ; v) données originales et suffisantes issues d'études longitudinales, transversales, cas-témoins, ou de cohortes ; vi) déterminant la relation entre les troubles des conduites (selon les critères du DSM ou de la CIM) et des antécédents de maltraitance sexuelle infantile.</p> <p>† : i) études chez l'homme ; ii) ne correspondant pas à des revues, thèses, comptes-rendus de congrès, éditoriaux, lettres, observations de cas, séries de cas ou commentaires ; iii) publiées en entier ; iv) dans des revues à comité de lecture ; v) données originales et suffisantes issues d'études longitudinales, transversales, cas-témoins, ou de cohortes ; vi) rapportant de façon explicite des taux de prévalence des troubles des conduites sociales (selon les critères du DSM ou de la CIM) chez des individus ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance ou, alternativement, des taux de violences sexuelles chez des individus ayant des troubles des conduites sociales.</p> <p>‡ : études de cohortes prospectives ou rétrospectives, études cas-témoins publiées dans des revues à comité de lecture ; considérant la maltraitance infantile non sexuelle comme facteur de risque potentiel d'altération de la santé ; les résultats de santé ou les facteurs de risque comportementaux listés dans l'étude sur les facteurs de risque et le fardeau des maladies ;</p> <p>§ : i) définition des situations compatibles avec la maltraitance infantile (violences physiques, violences sexuelles, violences psychologiques, négligence physique ou psychologique, conflit ou violence familiale) survenue avant l'âge de 18 ans ; ii) définition de l'obésité fondée sur le poids et la taille (catégories d'indice de masse corporelle [IMC] ; mesure continue de l'IMC ou z-scores correspondant dans les études sur des enfants) ou tour de taille ; iii) d'un groupe contrôle sans maltraitance infantile ni obésité.</p> <p> : inclusion des études ayant pour objectif l'évaluation d'une exposition à des violences sexuelles ou physiques dans l'enfance ou à l'adolescence avant l'âge de 16 ans, et d'une dépression ou d'une anxiété chez des sujets ≥ 16 ans et i) présentant des données originales d'une étude épidémiologique transversale ou longitudinale publiée dans des revues à comité de lecture ; ii) incluant au moins 100 participants de la population générale (et non d'un échantillon sélectionné) ; III) utilisant une évaluation quantitative par catégories de la maltraitance infantile avant l'âge de 16 ans ; iv) évaluant une dépression ou une anxiété avec des échelles validées ou des diagnostics cliniques après l'âge de 16 ans ; rapportant une estimation de l'effet avec son intervalle de confiance.</p>					

3 Maltraitance

3.1 Signes cliniques de maltraitance

3.1.1 Anamnèse

► Études publiées

Les données de l'anamnèse qui font consensus pour évoquer une maltraitance infantile sont, d'après une revue générale de la littérature (38) :

- des éléments suggérant une surveillance inadaptée ;
- l'absence d'explication pour une blessure ;
- une explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant ;
- une explication qui n'est pas compatible avec la blessure ;
- une explication qui change avec le temps ;

Auxquelles on peut rajouter un retard de recours aux soins.

► Recommandations

Dans ses recommandations publiées en 2009 et mises à jour en 2014 « Quand suspecter une maltraitance infantile », le *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE) a défini une explication « inappropriée » d'une blessure comme étant une explication non plausible, inadéquate ou incohérente :

- avec l'apparence d'un enfant ou d'un adolescent, ses activités normales, son état de santé, son âge chronologique ou développemental, son explication comparée à celle de ses parents (ou des personnes qui s'occupent de lui) ;
- entre les parents ;
- dans le temps ;
- parce que la blessure est expliquée comme une pratique culturelle ou une croyance religieuse qui ne justifie pas de blesser ou de faire du mal à un enfant.

3.1.2 Ecchymoses

► Études publiées

Les ecchymoses représentent la manifestation la plus commune de la violence physique envers les enfants. Les ecchymoses ont fait l'objet d'une *overview* des revues systématiques de la littérature mises à jour depuis 2004 (39), dans le but d'évaluer si l'âge des ecchymoses et si certains types d'ecchymoses sont évocateurs ou symptomatiques/caractéristiques de maltraitance infantile (*tableau 5*). La revue initiale de 2004 a conclu (à partir de 3 études) qu'il n'était pas possible de déterminer précisément l'âge des ecchymoses à l'œil nu ; depuis 2004 des techniques pour évaluer l'âge des ecchymoses ont été étudiées, aucune d'entre elles n'étant applicables en pratique courante chez les enfants à ce jour. Concernant la localisation des ecchymoses, il avait été montré en 2004 que les ecchymoses accidentelles survenaient de façon prédominante sur la face antérieure du corps et sur les proéminences osseuses et qu'elles étaient corrélées au développement, en particulier à la mobilité de l'enfant. La localisation plus fréquente des ecchymoses chez les enfants maltraités était les oreilles, le cou, le visage, la tête, le tronc, les fesses et les bras, et elles tendaient à être plus grandes. Depuis 2004, les mises à jour ont inclus des études portant sur les ecchymoses chez des enfants ayant une déficience physique et une étude suggérant l'importance des pétéchies associées aux ecchymoses. Un des points forts de cette revue est l'utilisation de critères rigoureux d'inclusion et d'exclusion des études, en particulier pour la confirmation de la maltraitance.

Ni la teinte, ni l'évolution de la teinte des ecchymoses dont la couleur change en guérissant, ne sont des indicateurs fiables de l'âge des ecchymoses. Il n'y a pas de localisation corporelle spécifique des ecchymoses par violences physiques, mais certaines ecchymoses sont évocatrices d'une maltraitance : ecchymoses chez des nourrissons qui ne se déplacent pas encore ; ecchymoses des oreilles, du cou, du visage, de la tête, du tronc, des fesses et des bras ; ecchymoses siégeant ailleurs que sur la face antérieure du corps et sur les proéminences osseuses (les genoux et les tibias, la tête et le front) (chez des enfants qui se déplacent seuls) ; ecchymoses multiples ou de grande taille ; ecchymoses ayant la trace de l'instrument utilisé pour infliger les coups et blessures.

► Recommandations

Le NICE (40) recommande de suspecter une maltraitance infantile :

- si un enfant ou un adolescent a des ecchymoses ayant la forme d'une main, d'une ligature, d'un bâton, d'une marque de dents, d'un agrippement ou d'un objet ;
- s'il y a des ecchymoses ou des pétéchies non causées par une maladie (ex : trouble de la coagulation) et si l'explication de l'ecchymose n'est pas compatible, par exemple :
 - ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas seul,
 - ecchymoses multiples ou ecchymoses en grappes,
 - ecchymoses de forme et de taille similaire,
 - ecchymoses ailleurs que sur une proéminence osseuse ou ecchymoses du visage incluant les yeux, les oreilles, les fesses,
 - ecchymoses au niveau du cou,
 - ecchymoses des chevilles et des poignets ressemblant à des marques de ligatures.

3.1.3 Brûlures

► Études publiées

Deux revues systématiques de la littérature ont eu pour objectif de décrire les caractéristiques des brûlures thermiques intentionnelles chez l'enfant : avec un liquide chaud (41), ou d'autres causes (42) (tableau 5).

Pour les brûlures par contact, cigarette ou flamme, l'absence d'études comparatives dans la littérature a empêché l'identification de caractéristiques précises permettant de faire la différence entre brûlures intentionnelles et accidentelles (42). Au total, ont été rapportés 73 cas d'enfants ayant une brûlure dont on a estimé que la cause intentionnelle était confirmée. La majorité des brûlures intentionnelles rapportées étaient des brûlures par contact avec des objets ou des appareils ménagers (cigarette, fer à repasser, radiateur électriques, sèche-cheveux). La majorité de ces brûlures sont survenues chez des enfants de plus de 3 ans. Les principales caractéristiques étaient une brûlure clairement délimitée ou une cicatrice reflétant la forme de l'agent utilisé. Elles étaient localisées en majorité sur les membres, le tronc et le dos des mains ; elles étaient fréquemment multiples et coexistaient avec d'autres signes de maltraitance.

Chez les enfants ébouillantés, il y avait cinq études comparatives dans lesquelles on a estimé que la cause intentionnelle ou accidentelle de la brûlure était confirmée. Les brûlures intentionnelles étaient généralement des brûlures par immersion dans l'eau chaude du robinet, touchant les extrémités, les fesses ou le périnée ou combinées (41). Ces brûlures étaient symétriques avec une limite supérieure nette, et associées à d'anciennes fractures ou des blessures sans lien. Les brûlures accidentelles étaient généralement dues à des brûlures par renversement de liquide chaud, affectant la partie supérieure du corps, avec des limites et une profondeur irrégulières. Les principales limites de cette revue sont le petit nombre d'études comparatives solides, le petit nombre d'enfants inclus dans ces études, leur chronologie rétrospective et le manque

d'homogénéité entre les études en termes de conception, de sélection des sujets, et de la variété des caractéristiques détaillées.

Les brûlures intentionnelles de contact rapportées dans la littérature étaient décrites comme des brûlures avec des objets ou appareils ménagers (cigarettes, fers à repasser, sèche-cheveux, radiateurs) ; nettement délimitées reflétant la forme de l'agent en cause ; épargnant les paumes des mains et les doigts ; souvent multiples.

Chez les enfants ébouillantés, les brûlures intentionnelles sont généralement des brûlures par immersion, touchant les extrémités, les fesses ou le périnée ou combinées. Elles sont symétriques avec une limite supérieure nette.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande de suspecter une maltraitance chez un enfant ayant une brûlure ou chez un enfant ébouillanté si :

- il n'y a pas d'explication à la blessure ou l'explication est incompatible avec la brûlure ou ;
- l'enfant ne se déplace pas seul ou ;
- la brûlure est située sur une zone cutanée que l'on ne s'attendrait pas entrer en contact avec un objet chaud de manière accidentelle (ex : le dos des mains, la plante des pieds, les fesses, le dos) ou ;
- a la forme d'un objet (ex : cigarette, fer à repasser) ou ;
- qui indique une immersion forcée par exemple :
 - brûlure des fesses, du périnée et des membres inférieurs,
 - brûlure des membres en forme de gants ou de chaussette,
 - brûlure des membres symétrique,
 - brûlure avec des bords bien délimités.

3.1.4 Morsures

► **Études publiées**

Une revue systématique a eu pour objectif de rechercher les études supportant le diagnostic de morsure par maltraitance chez l'enfant (43) (*tableau 5*). Cinq études sur un total de cinq enfants ont été incluses. Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, limitée par une bordure annulaire (faite de deux arcs concaves opposés), avec ou sans ecchymose centrale associée. Traditionnellement, la mesure de la distance intercanines distingue les morsures humaines adultes (≥ 3 cm) de celles des enfants ; mais cela n'a pas été validé en pratique courante.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande de suspecter une maltraitance infantile en cas de trace ayant l'apparence d'une morsure humaine peu susceptible d'avoir été causée par un jeune enfant.

3.1.5 Lésions viscérales

► **Études publiées**

Une revue systématique a eu pour objectif de définir les lésions viscérales par maltraitance et en particulier leurs caractéristiques cliniques ainsi que la validité diagnostique des tests de dépistage des lésions abdominales chez les enfants maltraités (44) (*tableau 5*). Tous les organes du corps peuvent être atteints. Les lésions thoraciques étaient plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans. Les enfants ayant des lésions abdominales par maltraitance étaient plus jeunes que les enfants accidentés (2,5 – 3,7 ans *versus* 7,6 – 10,3 ans). Un traumatisme duodénal n'impliquant

pas un véhicule motorisé chez un enfant de moins de 5 ans justifie d'envisager une maltraitance parmi les étiologies. Une ecchymose abdominale était absente dans 80 % des cas des lésions abdominales.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande de suspecter une maltraitance si un enfant a une lésion intraabdominale ou intrathoracique en l'absence de traumatisme accidentel majeur confirmé, et s'il n'y a pas d'explication ou une explication incompatible ou un retard de recours aux soins. Il peut ne pas y avoir d'ecchymose apparente ou d'autres blessures.

3.1.6 Douleur abdominale chronique

Une revue systématique a eu pour objectif de déterminer la prévalence des violences sexuelles chez des enfants ayant des douleurs abdominales chroniques (*tableau 5*). Deux études seulement ont été identifiées, rapportant des violences sexuelles chez 2,1 % à 8 % des enfants âgés de 4 à 21 ans ayant des douleurs abdominales chroniques. Ces deux études ont été menées sur des groupes de petite taille (48 et 50 enfants), sans groupe contrôle, et n'ont pas utilisé de questionnaire standardisé ou validé pour le diagnostic des violences sexuelles.

3.1.7 Blessures de la cavité buccale

► **Études publiées**

Une revue de synthèse a eu pour objectif de déterminer i) la probabilité qu'une déchirure du frein labial soit causée par une maltraitance infantile physique et ii) quelles autres blessures de la cavité buccale sont rapportées en cas de violences physiques (45) (*tableau 5*). Les données de la littérature ne supportent pas le diagnostic de maltraitance fondé sur une déchirure isolée du frein labial. Les blessures buccales par maltraitance sont largement réparties sur les lèvres, les gencives, la langue et le palais et incluent des fractures, des intrusions et des extractions dentaires, des morsures et des ecchymoses.

Il n'y a pas de caractéristiques spécifiques des blessures buccales par maltraitance. Ces blessures sont largement réparties sur les lèvres, les gencives, la langue et le palais et incluent des fractures, des intrusions et des extractions dentaires, des morsures et des ecchymoses.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande d'envisager une maltraitance infantile si un enfant a une blessure de la cavité buccale, et qu'il n'y a pas d'explication ou qu'elle est incompatible avec la blessure.

3.1.8 Fractures

► **Études publiées**

Une revue systématique a eu pour objectif de déterminer les caractéristiques qui distinguent les fractures résultant d'une maltraitance de celles résultant d'autres causes et de calculer une probabilité de maltraitance selon le type de fracture (46) (*tableau 5*). Des fractures résultant d'une maltraitance infantile ont été rapportées au niveau du squelette dans toutes les localisations, plus souvent chez des nourrissons ou des enfants qui commençaient à marcher (< 18 mois).

Les fractures multiples étaient plus fréquentes en cas de maltraitance. En l'absence de cause traumatique confirmée (telle qu'un accident de voiture ou un traumatisme violent), des fractures de côtes avaient la plus forte probabilité (0,71 [0,42 – 0,91]) d'être le résultat d'une maltraitance ; une fracture humérale chez un enfant de moins de 3 ans avait une probabilité d'environ 0,5 d'être le résultat d'une maltraitance (0,48 [0,06 – 0,94] suspectée à 0,54 [0,20 – 0,88] confirmée), et une fracture fémorale ou une fracture du crâne une probabilité de 0,3 d'être le résultat d'une

maltraitance (0,28 [0,15 – 0,44] et 0,30 [0,19 – 0,46]). Il y avait une relation inverse entre l'âge de l'enfant et la probabilité d'une maltraitance à l'origine d'une fracture.

Les principales limites de cette revue étaient : la forte hétérogénéité entre les études pouvant être en rapport l'âge des enfants inclus dans les études, la localisation des fractures, et à la fréquence réelle de la maltraitance ; la cotation de la maltraitance (confirmée ou suspectée) qui variait de considérablement entre les études ; la conception des études : toutes étaient rétrospectives. L'absence de détails sur la technique radiologique utilisée dans plusieurs études a fragilisé les résultats en particulier la comparaison du nombre de fractures chez les enfants maltraités et non maltraités (biais de mesure potentiel). Le plus souvent, il n'a pas été possible de déterminer les investigations réalisées chez les enfants maltraités. La plupart des fractures rapportées dans les groupes d'enfants non maltraités étaient les fractures cliniquement évidentes, les fractures occultes pouvant être sous représentées.

Une maltraitance physique peut être évoquée chez un enfant de moins de 18 mois ayant une fracture en l'absence d'un traumatisme important manifeste. Les fractures multiples sont plus fréquentes en cas de violence physique que lors d'un traumatisme d'une autre cause. Un enfant ayant des fractures de côtes a une probabilité de 7/10 d'avoir été maltraité. Un enfant ayant une fracture fémorale a une probabilité de 3/10 d'avoir été maltraité. Les fractures fémorales par maltraitance sont vues plus fréquemment chez des enfants qui ne marchent pas encore. Un enfant de moins de 3 ans ayant une fracture humérale a une probabilité de 1/2 d'avoir été maltraité. Un nourrisson ou un enfant qui commence à marcher ayant une fracture du crâne a une probabilité de 3/10 d'avoir été maltraité.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande de suspecter une maltraitance infantile si l'enfant a une ou plusieurs fractures en dehors d'un état de santé qui le prédisposerait à une fragilité osseuse (ex : ostéogenèse imparfaite, ostéopénie d'une prématurité), ou si l'explication est absente ou incompatible. L'enfant peut se présenter avec :

- des fractures d'âges différents ;
- des fractures occultes sur les radiographies (fractures identifiées sur les radiographies qui ne sont pas apparentes cliniquement telles les fractures de côtes chez le nourrisson).

3.1.9 État émotionnel et comportement

► **Études publiées**

Une revue systématique a eu pour objectif d'identifier chez l'enfant d'âge préscolaire les données de la littérature sur les caractéristiques émotionnelles, comportementales et développementales et les caractéristiques des interactions précoces associées à la négligence ou à la violence psychologique (47) (*tableau 5*). Un outil d'évaluation basé sur l'observation directe a été utilisé dans 39 études et des échelles standardisées dans 3 études. Chez l'enfant, les caractéristiques émotionnelles, comportementales et développementales associées à la négligence ou à la violence psychologique ont été décrites dans 22 études cas-témoins, 12 cohortes et 1 étude transversale. Les études cas-témoins étaient appariées sur les caractéristiques démographiques. Le degré de négligence et de violences psychologiques était élevé.

Quatorze études ont évalué la relation entre l'enfant et la personne qui s'occupait de lui. Dans toutes ces études, il s'agissait de la relation mère-enfant uniquement. Les résultats de la revue sont présentés dans le *tableau 5*.

► **Recommandations**

Le NICE (40) recommande d'envisager une maltraitance infantile :

- Si un enfant ou un adolescent a un changement marqué de son comportement ou de son état émotionnel qui s'écarte de celui attendu pour son âge chronologique et son âge développemental, et qui n'est pas expliqué par une situation stressante connue autre qu'une maltraitance infantile (ex : un deuil ou une séparation des parents) ou une cause médicale. Des exemples sont :
 - des cauchemars ayant des thèmes similaires,
 - une détresse extrême,
 - un comportement d'opposition marqué,
 - un isolement,
 - un repli sur soi.
- Si le comportement ou l'état émotionnel d'un enfant ne correspond pas à son âge chronologique ou à son âge développemental ou qui ne peut pas être expliqué par une cause médicale, un trouble neuro-développemental (ex : un trouble de l'attention avec hyperactivité, un trouble envahissant du développement) ou une situation stressante autre qu'une maltraitance infantile (ex : un deuil ou une séparation des parents). Des exemples pouvant correspondre à cette description sont :
 - pour l'état émotionnel : craintif, repli sur soi, faible estime de soi,
 - pour le comportement :
 - agressif, oppositionnel,
 - balancement répétitif du corps,
 - comportements avec les autres :
 - recherche de contact ou d'affection sans discernement,
 - gentillesse excessive avec les étrangers, y compris les professionnels de santé,
 - besoin excessif de se coller (de s'accrocher),
 - chercher constamment à attirer l'attention,
 - avoir un comportement excessivement sage pour prévenir une désapprobation des parents,
 - ne pas réussir à solliciter ou à accepter le réconfort ou l'affection adaptée d'une personne appropriée en cas de détresse.
- Si un enfant montre des réponses émotionnelles répétées, extrêmes ou prolongées disproportionnées par rapport à une situation et non attendues pour son âge chronologique ou à son âge développemental ou non expliquées par une cause médicale, un trouble neuro-développemental ou un trouble bipolaire et que les séquelles de n'importe quel mauvais traitement connu passé ont été investiguées. Des exemples de réponse sont :
 - colère ou frustration exprimée par un accès de rage chez un enfant scolarisé,
 - des colères fréquentes lors de provocations minimales,
 - une détresse exprimée par des pleurs inconsolables.
- Si un enfant montre des épisodes transitoires de détachement indépendamment de sa volonté, et qui sont à distinguer des rêves éveillés, crises comitiales ou évitement délibéré d'une interaction non expliqués par un événement traumatique connu sans rapport avec une maltraitance.
- Si un enfant répond à un examen clinique ou à une évaluation de manière inhabituelle, inattendue ou inappropriée (ex : par une passivité extrême, une résistance ou un refus).

3.1.10 Interactions parents-enfants

Le NICE (40) recommande d'envisager une maltraitance psychologique si on craint que les interactions entre enfants et parents puissent être nocives :

- négativité ou hostilité envers un enfant ou un adolescent ;
- rejet de l'enfant ou de l'adolescent ou souffre-douleur ;
- attentes ou interactions inadaptées par rapport au développement de l'enfant, incluant des menaces ou des méthodes de discipline inadaptées ;

- exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes, incluant des violences conjugales ;
- utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte (ex : enfant utilisé dans les disputes conjugales) ;
- échec à promouvoir une socialisation adaptée de l'enfant (ex : impliquer l'enfant dans des activités illégales, l'isoler, ne pas lui prodiguer de stimulations ou l'éduquer).

Suspecter des violences psychologiques quand des interactions nocives persistantes entre les parents de l'enfant et l'enfant sont observées ou rapportées.

Envisager une maltraitance infantile si les parents d'un enfant sont vus ou rapportés punir un enfant qui mouille son lit en dépit de l'avis d'un professionnel quant au caractère involontaire du symptôme.

Envisager une négligence émotionnelle s'il y a une indisponibilité émotionnelle ou une insensibilité d'un parent d'un enfant, envers un enfant et en particulier un enfant < un an.

Suspecter une négligence émotionnelle si il y a une indisponibilité émotionnelle ou une insensibilité persistante d'un parent d'un enfant, envers un enfant et en particulier un enfant < un an.

Envisager une maltraitance infantile si un parent d'un enfant refuse d'autoriser un enfant ou un adolescent à parler lui-même au professionnel de santé quand c'est nécessaire pour l'examen de l'enfant ou de l'adolescent.

3.1.11 Dessins projectifs

Il a été suggéré, à partir d'observations cliniques, que des enfants ayant subi des violences sexuelles ou physiques pourraient donner des indications dans leurs dessins qui permettraient de les distinguer des enfants non maltraités. Une revue systématique de la littérature a eu pour objectifs de déterminer à partir d'études contrôlées si des indicateurs graphiques (ex : dessin des organes génitaux, omission de certaines parties du corps) ou un système de cotation préétabli des dessins pourraient discriminer de façon reproductible et fiable les enfants maltraités des enfants non maltraités (48) (*tableau 5*). Bien que des études individuelles aient rapporté des résultats en faveur de divers indicateurs et systèmes de cotations, ces résultats ont été rarement reproduits ; plusieurs études montrant des résultats significatifs présentaient des biais, et des facteurs de confusion (ex : maladie mentale) étaient souvent présents. Pour aucun indicateur graphique ou système de cotation il n'existe des données scientifiques suffisantes venant à l'appui de leur utilisation pour détecter une maltraitance sexuelle ou physique.

3.1.12 Négligence

Selon le CDC (2008), la négligence est une défaillance à subvenir aux besoins de l'enfant (9) :

- besoins physiques (alimentation, hygiène, abri, vêtements) ;
- émotionnels ;
- de soins médicaux (omission de soins, refus de traitement) ;
- d'éducation ;
- de sécurité – protection de l'enfant d'un danger ou d'un danger potentiel – (surveillance inadéquate de ses activités, exposition à un environnement violent à domicile ou dans le voisinage).

Causer du tort à l'enfant peut être une conséquence voulue ou non.

Au Royaume-Uni, le NICE définit la négligence comme une défaillance durable à subvenir aux besoins physiques et/ou psychologiques d'un enfant, susceptible de provoquer une altération grave de sa santé ou de son développement (49). La négligence peut consister en un parent qui ne parvient pas à :

- donner une alimentation adéquate, des vêtements et un abri (incluant l'exclusion du domicile ou l'abandon) ;
- assurer l'accès à des soins médicaux appropriés ;

- assurer une surveillance adéquate pour protéger l'enfant d'un dommage physique ou émotionnel ou d'un danger (incluant faire appel à des personnes inadaptées pour surveiller l'enfant). Elle inclut aussi une négligence des/ou une insensibilité aux/besoins émotionnels d'un enfant.

Ceci peut être délibéré ou non. La négligence est une situation comportant des risques pour l'enfant ou l'adolescent.

Il y a des différences dans la façon dont les parents choisissent de s'occuper des enfants, y compris dans les soins de santé. Cependant, l'incapacité à reconnaître et à répondre aux besoins d'un enfant ou d'un adolescent peut aboutir à la négligence et nuire à son développement.

Il n'y a pas de test diagnostique de référence pour la négligence. La prise de décision dans des situations de négligence apparente peut être très difficile. Des seuils sont délicats à établir. Il est essentiel de placer l'enfant au centre de l'évaluation.

► **Conditions de vie à domicile**

Le NICE recommande d'envisager une négligence si un enfant :

- a des infestations sévères et persistantes (telles que la gale ou des poux) ;
- à des vêtements ou des chaussures constamment inadaptés (par exemple à la météo ou à sa taille) ;
- est continuellement sale ou sent mauvais.

Le NICE recommande de suspecter une négligence si on observe de manière répétée ou si est rapporté :

- un manque d'hygiène qui affecte la santé des enfants ;
- une alimentation inadéquate ;
- un environnement dangereux par rapport au développement de l'enfant.

Il peut être difficile de distinguer entre négligence et pauvreté.

► **Assurer une alimentation adéquate**

Le NICE recommande d'envisager une négligence si un enfant a un retard staturo-pondéral à cause d'une alimentation inadéquate.

► **Assurer la surveillance de l'enfant**

Le NICE recommande d'envisager une négligence si :

- l'explication d'une blessure (par exemple, une brûlure, un coup de soleil ou une ingestion de produit dangereux) suggère un manque de surveillance adaptée ;
- la personne qui s'occupe d'un enfant ou d'un adolescent n'est pas capable de s'occuper de lui de façon adaptée.

► **Assurer l'accès à des soins médicaux ou à un traitement adaptés**

Le NICE recommande d'envisager une négligence si les parents ne parviennent pas :

- à administrer un traitement essentiel prescrit à leur enfant ;
- à emmener l'enfant en consultation pour les visites de suivi essentielles ainsi que pour les vaccinations et les examens de santé systématiques ;
- à obtenir un traitement du NHS pour les caries dentaires de leur enfant.

Le NICE recommande de suspecter une négligence si les parents n'ont pas recours aux soins médicaux pour leur enfant alors que son état de santé requiert des soins, y compris pour une douleur persistante.

► Violences conjugales

Les enfants qui sont témoins de violence conjugale peuvent être choqués par ce qu'ils ont vu ou peuvent être entraînés dans la violence (38). La violence conjugale, lorsqu'elle est intense et durable, doit être considérée comme un signe d'une situation possible de maltraitance directe de l'enfant (50).

Le NICE, dans sa recommandation de santé publique sur la Violence et maltraitance conjugale, publiée en 2014, recommande que :

ceux qui sont chargés de la protection de l'enfant, les responsables et les prestataires des services spécialisés pour les enfants et les adolescents touchés par la violence et la maltraitance conjugale, évaluent les dommages émotionnels, psychologiques et physiques des enfants et des adolescents touchés par la violence et la maltraitance conjugale ainsi que leur sécurité (51). Ceci inclut les répercussions plus larges sur l'éducation, le comportement et les répercussions sociales.

3.1.13 Traumatismes crâniens – Syndrome du bébé secoué

► Recommandations

Audition publique – Syndrome du bébé secoué – HAS 2011

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien (52).

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Les conséquences sont graves : séquelles neurologiques, décès (cf. RBP *Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)*, HAS 2007).

Le taux de récurrence du secouement est élevé, estimé à plus de 50 % des cas, ce qui souligne l'importance de reconnaître le syndrome et de prévenir la récurrence.

Les symptômes ne sont pas spécifiques et d'importance variable.

Symptômes initiaux

Une atteinte neurologique grave peut être évoquée d'emblée : malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard, signes orientant vers une hypertension intracrânienne aiguë, voire vers un engagement.

D'autres signes orientent aussi vers une atteinte neurologique : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

Certains signes non spécifiques d'atteinte neurologique peuvent égarer le diagnostic : modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

Examen clinique

L'examen clinique doit être complet, sur un nourrisson dénudé ; il comprend en particulier la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu.

Étant donné l'absence de spécificité de certains signes, leur association présente un intérêt majeur :

- association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
- association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;

Audition publique – Syndrome du bébé secoué – HAS 2011

- tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

Absence d'intervalle libre

Dans la majorité des cas, sinon dans tous les cas, le secouement entraîne immédiatement des symptômes (à distinguer du fait qu'il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation).

Autres éléments pouvant faire évoquer un secouement

Données de l'anamnèse :

- Retard de recours aux soins ;
- Absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes selon le moment ou la personne interrogée ;
- Histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- Consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- Histoire de mort(s) non expliquée(s) dans la fratrie.

Facteurs de risque :

- Les bébés secoués sont plus souvent des garçons, des prématurés ou des enfants issus de grossesses multiples ;
- L'auteur du secouement est la plupart du temps un homme vivant avec la mère (qui peut être le père de l'enfant ou le compagnon de la mère), mais les gardiens de l'enfant sont en cause dans environ 1 cas sur 5 ;
- Tous les milieux socio-économiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés, mais il a été noté, d'une part, qu'une histoire de consommation d'alcool, de drogue illicite ou de violence familiale est un facteur de risque, d'autre part, que les auteurs du secouement ont souvent une méconnaissance importante des besoins ou comportements normaux de leur enfant ;
- Il existe fréquemment un isolement social et familial des parents.

Conduite à tenir en urgence

Penser au diagnostic de secouement doit conduire le médecin à faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant, et à poser l'indication d'une hospitalisation en urgence (pour que soient réalisés des examens dont une tomodensitométrie cérébrale et un examen du fond d'œil).

Une pathologie aussi grave que le secouement relève de l'hospitalisation. Il est donc opportun que les médecins libéraux et les médecins de PMI dirigent l'enfant vers une structure pédiatrique en cas de doute sur un secouement.

Le médecin qui adresse l'enfant doit d'abord être en contact avec l'équipe hospitalière. Il doit s'assurer que le bébé y est amené par ses parents (faute de quoi il conserve toute sa responsabilité de protection de l'enfant).

À l'issue des investigations cliniques et paracliniques, les suites à donner (signalement ou transmission d'une information préoccupante) sont décidées par l'équipe hospitalière en fonction de la probabilité diagnostique du secouement (cf. *Recommandations*).

3.1.14 Maltraitance sexuelle

► Recommandations

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

Définitions

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences. Un mineur est défini comme une personne âgée de moins de 18 ans.

Une maltraitance sexuelle intrafamiliale ou inceste envers un mineur est définie comme une maltraitance sexuelle commise au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait (selon la loi du 08/02/2010).

Situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale

Il est recommandé d'envisager la possibilité d'une maltraitance sexuelle intrafamiliale :

- quel que soit le niveau socio-économique de la famille ;
- quel que soit l'âge du mineur, et parfois même extrêmement tôt, dans les premiers mois de la vie ;
- quel que soit le sexe du mineur ;
- quel que soit le sexe et l'âge de l'auteur présumé :
 - ▶ la maltraitance sexuelle peut être commise par des femmes, mais elle reste méconnue car plus rarement évoquée,
 - ▶ l'agresseur peut être mineur, parfois même plus jeune que la victime ;
- et plus particulièrement dans les circonstances à risque suivantes (d'autant plus qu'elles sont associées entre elles :
 - ▶ un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même (peu ou pas de relations sociales avec l'extérieur, refus d'intervention extérieure, absence d'implication dans la vie communautaire locale, etc.),
 - ▶ l'absence de repère familial :
 - problème de filiation, absence de repère généalogique,
 - confusion des générations à l'intérieur de la famille (ex. : adulte avec autorité ayant un faible écart d'âge avec le mineur, un des parents en situation de grande soumission vis-à-vis de l'autre, très jeune âge de la mère),
 - ▶ un climat familial équivoque (insuffisance de limites et d'interdits, érotisation des relations parents/enfants, non-respect de l'intimité, rôles et fonctions parentales non assumés, etc.),
 - ▶ la coexistence ou des antécédents de violence intrafamiliale (ex : violence conjugale, maltraitance physique, psychologique, carence ou négligence),
 - ▶ une situation favorisant un passage à l'acte de l'agresseur : des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie), une pathologie mentale,
 - ▶ une rupture d'équilibre au sein de la famille (abandon moral du mineur, conflits fréquents au sein du couple, séparation du couple, deuil, etc.).

Mais ces situations ne sont pas spécifiques de la maltraitance sexuelle intrafamiliale ; et les maltraitances sexuelles intrafamiliales peuvent aussi survenir en l'absence des différentes circonstances mentionnées ci-dessus.

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

Circonstances de repérage

Dévoilement du mineur

Les maltraitances sexuelles peuvent être révélées par le mineur lui-même à travers des propos évocateurs parfois explicites, émis auprès de son entourage qui sera alors à l'origine du dévoilement (camarade d'école, professeur, amis, famille, personnel travaillant auprès des enfants [école, crèche, centre de loisirs]) ou d'un professionnel de santé.

Les faits évoqués par le mineur peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.

Ces propos peuvent survenir sous la forme d'un dévoilement fortuit, à l'occasion d'un besoin de se confier (parfois en les présentant sous le couvert du « secret ») ou lors d'une révélation délibérée du mineur.

Lors du dévoilement du mineur, il est recommandé de porter une attention particulière à l'attitude qui accompagne les propos du mineur et à interpréter cette attitude avec prudence et bienveillance.

En effet, certains mineurs peuvent présenter des comportements qui semblent parfois contradictoires :

- « dévoiler » tout en fuyant le regard de leur interlocuteur par gêne ou par malaise ;
- en donnant quelques bribes d'éléments significatifs au milieu d'une conversation ayant trait à un autre sujet ;
- en évoquant les faits tout en les banalisant (le professionnel se trouve alors face à un discours d'une grande gravité sans rapport avec l'attitude du mineur) ;
- adopter une attitude de distanciation vis-à-vis des faits rapportés ;
- rapporter les faits en attribuant les propos à un autre enfant ; en parlant à la troisième personne ;
- avoir une attitude provocante, agitée, en opposition permanente avec l'interlocuteur tout en se confiant et en demandant de l'aide.

Au cours de ces différentes modalités de dévoilement, le mineur peut rapidement se rétracter ou varier dans ses déclarations. Il est donc recommandé que le professionnel soit en alerte, afin d'être capable de l'entendre et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour sa protection.

Signes d'appel chez le mineur

Les maltraitances sexuelles peuvent être repérées par un professionnel de santé (médecin généraliste, pédiatre, médecin scolaire, pédopsychiatre, psychiatre, puéricultrice, infirmière scolaire, etc.), lors d'une consultation ou dans le cadre d'un suivi, face à des signes pour lesquels il n'y a pas d'explication rationnelle.

En pratique, il est recommandé d'envisager une possible maltraitance sexuelle chez un mineur présentant un signe clinique sans explication cohérente et/ou en cas de changement de comportement inexpliqué, en particulier si ces manifestations persistent dans le temps ou sont répétées.

Cette hypothèse dépend beaucoup de la vigilance du professionnel à penser à ce type de maltraitance, d'autant plus dans le cadre d'une maltraitance intrafamiliale où le mineur est souvent contraint au secret par son entourage (chantage, manœuvres de séduction, menaces sur le mineur ou sur l'un de ses proches, etc.).

Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle.

Cependant, ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsque :

- ils s'associent entre eux ;
- ils se répètent ;

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

- ils s'inscrivent dans la durée ;
- ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.

Signes généraux

Les signes observés peuvent prendre des formes très variées, avec la manifestation de symptômes non spécifiques de ce type de maltraitance.

Ce peut être, par exemple, des troubles du comportement alimentaire, des troubles du sommeil, des difficultés scolaires ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).

Des signes de négligence ou de maltraitance physique ou psychologique vis-à-vis du mineur peuvent aussi faire penser à une possible maltraitance sexuelle associée.

Il est rappelé que ces signes généraux, bien qu'hétérogènes, peuvent être un mode d'expression important des répercussions psychologiques de la maltraitance sexuelle sur le mineur.

Signes au niveau de la sphère génito-anales

Certains signes cliniques de la sphère génito-anales, sans être spécifiques, peuvent être évocateurs d'une maltraitance sexuelle, en particulier :

- s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ;
- si aucune cause médicale n'est retrouvée ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ;
- d'autant plus, s'ils sont répétés.

Les signes les plus évocateurs sont :

- les saignements, les pertes génitales ;
- les irritations ou les prurits génitaux ;
- les douleurs génitales ou anales ;
- les troubles mictionnels ;
- les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.

Comportement du mineur

D'une façon générale, toute modification du comportement habituel du mineur, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, peut être évocatrice d'une maltraitance. Il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle, cependant certains signes peuvent orienter vers ce type de maltraitance :

- un comportement sexuel anormal par rapport à l'âge du mineur ou de l'adolescent ;
- un comportement de refus (refus de manger, refus de voir un membre de la famille sans raison exprimée, refus de grandir, refus scolaire) ;
- un comportement de mise en danger, fugues ;
- l'expression de peurs inexplicables, une hyper vigilance, des réactions de sursaut exagéré, une phobie des contacts physiques ;
- des comportements émotionnels excessifs, répétés et/ou disproportionnés et non adaptés à l'âge du mineur ou non expliqués par des facteurs extérieurs.

Spécificités en fonction de l'âge ou d'un éventuel handicap

Quel que soit son âge, l'enfant peut aussi s'exprimer à travers le dessin ou le jeu, l'attention de l'observateur

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

peut alors être attirée par leur caractère inhabituel ou non adapté à l'âge du mineur.

Chez l'adolescent, certains signes d'appel ou modes d'expression du dévoilement doivent attirer plus particulièrement l'attention. Ainsi, il est recommandé d'évoquer la question de maltraitance sexuelle en cas de :

- tentative de suicide ;
- fugue, conduites à risque ;
- conduites d'addictions précoces : tabagisme, alcoolisation et/ou toxicomanie, comportement alimentaire compulsif ;
- actes de violence envers les autres, automutilation dont les scarifications ;
- demande précoce de contraception ;
- interruption volontaire de grossesse (IVG) isolée ou à répétition ;
- changements fréquents de partenaires, actes de prostitution.

Chez les adolescents, le dévoilement peut aussi prendre la forme d'une lettre explicite adressée aux parents, à un membre de l'entourage, ou d'un journal intime ou d'un « journal virtuel » par internet révélant les faits et laissé intentionnellement en évidence afin d'être découvert.

Il est aussi recommandé de rechercher une maltraitance sexuelle sous-jacente, face à une grossesse précoce, un déni de grossesse, ou une parentalité précoce, non désirée, voire refusée ou suscitant une angoisse excessive.

Le risque de maltraitance sexuelle doit aussi bien être évoqué chez un enfant en bas âge ou chez un enfant porteur d'un handicap, qui sont des victimes potentielles particulièrement vulnérables.

Il est recommandé de recueillir les propos du mineur en tenant compte de son âge. En effet, les paroles des tout-petits correspondent le plus souvent à ce qu'ils ont vécu, et les mots utilisés doivent être décryptés en fonction de l'âge et des capacités de verbalisation.

Dans le cas d'un handicap mental, la parole du mineur peut être complexe à déchiffrer, et il est parfois difficile de faire répéter ou préciser les propos.

Il faut garder à l'esprit que les mineurs handicapés sont des victimes particulièrement fragiles compte tenu de leur handicap et de leurs difficultés d'expression.

Si besoin, pour avoir un avis ou se faire aider pour la conduite de l'entretien, il peut être utile de prendre contact avec le spécialiste qui suit le mineur pour son handicap. Cependant, il ne faut pas que cette démarche puisse constituer un retard au signalement par l'attente d'un rendez-vous auprès d'un spécialiste.

Comportement de l'entourage

Lorsque le mineur est accompagné d'un ou de ses parents ou d'un membre de son entourage, il est recommandé de porter une attention particulière au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

Vis-à-vis du mineur, certaines attitudes peuvent faire suspecter une maltraitance, par exemple :

- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec le mineur ;
- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale ;
- ou, au contraire, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis du mineur (absence de regard, de geste, de parole).

Vis-à-vis des intervenants, certaines attitudes des parents ou de l'entourage peuvent inciter le praticien à

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

rechercher un risque de maltraitance :

- refuser ou tarder à consulter pour apporter les soins nécessaires au mineur ;
- refuser d'expliquer les circonstances ou donner des explications vagues, incohérentes voire fluctuantes au cours du temps ;
- minimiser, banaliser ou contester les symptômes du mineur ;
- dénigrer ou accuser le mineur ;
- refuser les investigations médicales ainsi que tout suivi social sans raison valable ;
- avoir une attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur ou un témoin passif.

Examen clinique du mineur

Toutes les données recueillies au cours du bilan médical doivent être consignées dans le dossier médical, et non dans le carnet de santé du mineur.

Les informations et les propos sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle.

Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec le mineur, quel que soit son âge, avec son accord. Il est recommandé de laisser le mineur s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes.

Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement.

Examen psychique

La maltraitance sexuelle intrafamiliale a des effets à court terme et à long terme sur la santé psychique et le développement du mineur. L'examen psychique a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

- un syndrome psychotraumatique :
 - ▶ des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flash-back* spontané ou provoqué par des événements, etc.) ;
 - ▶ des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.) ;
 - ▶ des symptômes neuro-végétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc.
- un état dépressif ;
- des troubles du comportement (dans la sphère sexuelle, dans la sphère relationnelle, dans la sphère scolaire) ;
- des troubles des conduites ;
- une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

Examen physique

Il est recommandé de faire un examen physique du mineur en cas de suspicion de maltraitance sexuelle, selon les modalités suivantes :

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

- un examen clinique complet dont les paramètres de croissance et le développement sexuel du mineur ;
- un examen cutanéomuqueux rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps et surtout au niveau de la face interne des cuisses et de la poitrine, ainsi que des zones d'appui et de contention (cou, poignets, chevilles) ;
- un examen de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses, ainsi que celui du frein de la langue ;
- une observation du comportement du mineur durant l'examen clinique.

Cet examen est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il sera aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.

L'examen génital et anal n'est pas recommandé de façon systématique dans ce premier temps. Il peut être pratiqué si le médecin le juge utile et dispose des compétences et des moyens adaptés pour le réaliser. Il peut permettre de dépister une infection locale ou d'autres pathologies pouvant être responsables des troubles présentés (vulvite, etc.).

Si besoin, il est possible de solliciter un avis spécialisé (gynécologue pédiatrique, gynécologue adulte, gynéco-obstétricien, médecin expert des UMJ, etc.). Mais il est rappelé que certains signes physiques disparaissent rapidement, et il est donc recommandé de faire réaliser cet examen le plus rapidement possible afin de ne pas retarder le diagnostic.

Conduite à tenir en urgence

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent (ou fréquent) avec l'agresseur présumé : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement ou hospitalisation).

3.1.15 Autres tableaux cliniques

Ces tableaux cliniques sont issus des recommandations du NICE (49).

► **Événements engageant le pronostic vital**

Le NICE recommande de suspecter une maltraitance infantile si un enfant a des événements répétés engageant le pronostic vital, qu'un seul des parents est témoin du commencement et qu'une explication médicale n'a pas été identifiée.

► **Quasi-noyade**

Le NICE recommande de suspecter une maltraitance infantile si un enfant s'est quasi noyé et qu'il n'y a pas d'explication ou une explication incompatible ou qui ne correspond pas à l'état de l'enfant.

Le NICE recommande d'envisager une maltraitance infantile si une quasi-noyade suggère un manque de surveillance.

► **Recours aux soins**

Le NICE recommande d'envisager une maltraitance infantile si le motif de consultation ou le contact avec les professionnels de santé sont inhabituels, ou que le recours aux soins est fréquent, ou qu'il existe des antécédents de blessures.

► **Maladie alléguée ou fabriquée**

Encore appelée syndrome de Münchausen par procuration (classé dans la maltraitance infantile dans la CIM-10) ou trouble factice imposé à un autre (DSM-V).

Le NICE recommande d'envisager une maladie alléguée ou fabriquée si l'histoire clinique, les symptômes physiques ou psychiques, les signes cliniques ou les résultats d'exams paracliniques sont en décalage avec un tableau clinique connu. Une maladie alléguée ou fabriquée est une explication possible même si l'enfant a des antécédents de maladie, ou s'il a une maladie concomitante.

Le NICE recommande de suspecter une maladie alléguée ou fabriquée si l'histoire clinique, les symptômes physiques ou psychiques, les signes cliniques ou les résultats d'exams paracliniques sont en décalage avec un tableau clinique connu et qu'au moins un des critères suivants est présent :

- Les symptômes et les signes apparaissent ou réapparaissent uniquement quand le parent est présent ;
- Les symptômes sont uniquement observés par le parent ;
- Une mauvaise réponse aux médicaments prescrits et autres traitements de façon inexplicable ;
- De nouveaux symptômes sont rapportés dès que les précédents ont disparu ;
- Il y a une histoire clinique d'événements biologiquement improbables (ex : nourrissons avec une histoire de grosse perte de sang qui ne deviennent pas anémiques) ;
- Malgré un avis clinique faisant autorité, de multiples avis en soins primaires et secondaires sont demandés et contestés par le parent, et l'enfant continue d'être emmené pour investigation et traitement de signes et de symptômes divers ;
- Les activités quotidiennes normales de l'enfant (ex : scolarisation) sont compromises, ou l'enfant utilise des aides techniques dans la vie quotidienne (ex : un fauteuil roulant) plus qu'il n'est attendu avec n'importe laquelle des maladies qu'a l'enfant.

Une maladie alléguée ou fabriquée est une explication vraisemblable même si l'enfant a des antécédents de maladie ou s'il a une maladie concomitante.

3.1.16 Maltraitance mortelle

► **Études publiées**

Selon une revue générale de la littérature (38), les décès par violence physique sévère (incluant les blessures céphaliques non-accidentelles, les blessures multiples, les blessures abdominales) sont les plus fréquents et les plus faciles à reconnaître. La mort peut ne pas être intentionnelle. Beaucoup plus difficiles à détecter sont les décès, pour la plupart des infanticides, dus à une asphyxie par étouffement, à un empoisonnement ou une noyade, qui peuvent se présenter comme un tableau de mort inattendue du nourrisson. Jusqu'à 5 % à 10 % des morts inattendues du nourrisson pourraient être des infanticides, une maltraitance ou une négligence pourraient être des facteurs contributifs de mort inattendue du nourrisson dans les mêmes proportions.

► Recommandations

Recommandation de bonne pratique – Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) – HAS 2007 (54)

La RBP de la HAS sur le thème *Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)* propose un protocole de conduite à tenir devant une mort inattendue du nourrisson⁵ (MIN), comportant un ensemble d'investigations qui permettent de faire la distinction en cas de mort inattendue du nourrisson entre les décès liés à une mort subite inexplicquée, ceux secondaires à une pathologie identifiable ou à une cause accidentelle et ceux liés à une maltraitance ; d'améliorer la prise en charge de la famille ; de rendre disponibles des statistiques de mortalité fiables.

Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique

En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15, il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15 (accord d'experts).

Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :

- une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
- de remplir une « fiche d'intervention » afin de recueillir toutes les éléments d'information notés sur place ;
- d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents.

Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.).

Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âges différents, morsures, brûlures de cigarettes, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République). Ils nécessitent de cocher sur le certificat de décès la mention obstacle médico-légal à l'inhumation (article 81 du Code civil).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée, et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations.

⁵ Une mort inattendue du nourrisson est définie comme une mort survenant brutalement chez un nourrisson, alors que rien, dans ses antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir.

Tableau 5. Revues systématiques de la littérature sur les signes cliniques de maltraitance infantile

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Maguire et Mann, 2013 (39)	<p>Question 1 : Pouvez-vous évaluer précisément l'âge des ecchymoses chez les enfants ?</p> <p>Question 2 : Certains types d'ecchymoses sont-ils évocateurs ou caractéristiques de maltraitance infantile ?</p> <p>Systématique Multibase 1951 – 2004 Mise à jour 07/2012 Articles de revues</p>	<p>Études observationnelles</p> <p>Analyse des études par 2 relecteurs</p> <p>Utilisation d'une échelle de cotation de la maltraitance *</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion des études concernant</p> <p>1/l'âge des ecchymoses †</p> <p>2/le type d'ecchymoses ‡</p>	Synthèse narrative	Description	<p>Pouvez-vous évaluer précisément l'âge des ecchymoses chez les enfants ?</p> <p>La revue initiale de 2004 a conclu (à partir de 3 études – une qualitative, une transversale, une série de cas) qu'il n'était pas possible de déterminer précisément l'âge des ecchymoses à l'œil nu directement ou sur des photographies. L'aspect d'une ecchymose dépend de la force qui la cause, de la partie du corps concernée, de la couleur de la peau.</p> <p>Depuis 2004, de nouvelles études ont tenté de déterminer une technique validée pour évaluer l'âge des ecchymoses, aucune d'entre elles n'étant applicable en pratique courante chez les enfants à ce jour.</p> <p>Certains types d'ecchymoses sont-ils évocateurs ou caractéristiques de maltraitance infantile ?</p> <p>La revue initiale de 2004 a conclu (à partir de 23 études – 3 cas-témoins, 5 transversales, 15 séries de cas) que les ecchymoses chez les enfants étaient directement corrélées à leur développement, en particulier à leur mobilité. Les enfants qui ne se déplaçaient pas seuls avaient rarement des ecchymoses pendant les activités quotidiennes.</p> <p>Les ecchymoses accidentelles survenaient de façon prédominante sur la face antérieure du corps et sur les proéminences osseuses (les genoux et les tibias, la tête et le front). Les ecchymoses des mains chez des enfants < 4 ans étaient rares, de même que celles du dos, des fesses, des avant-bras, des pieds et de l'abdomen.</p> <p>La zone d'ecchymoses la plus fréquente chez les enfants maltraités était les oreilles, le cou, le visage, la tête, le tronc, les fesses et les bras. Les ecchymoses tendaient à être plus grandes. Une autre caractéristique était l'existence d'ecchymoses multiples, et d'ecchymoses siégeant sur les bras et la face externe des cuisses quand l'enfant avait cherché à se protéger en entourant ses bras autour de ses jambes fléchies. D'autres caractéristiques décrites étaient en rapport avec l'instrument utilisé pour infliger ces blessures.</p> <p>Depuis 2004, 14 nouvelles études ont été incluses (2 cas-témoins, une transversale, et 11 séries de cas). Dans une étude chez des enfants ayant</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>une déficience physique, il a été observé que ces enfants avaient des ecchymoses aussi fréquemment que des enfants au fonctionnement typique ; que la localisation des ecchymoses chez ces enfants différaient quelque peu de celles rapportées chez les enfants au fonctionnement typique (davantage d'ecchymoses sur les cuisses, les pieds, les mains, les bras et le dos et moins d'ecchymoses sur les jambes). En revanche, les ecchymoses épargnaient le cou, les oreilles, le menton, le torse et les fesses, de la même façon que les ecchymoses accidentelles chez les enfants au fonctionnement typique ; bien que le nombre d'ecchymoses augmente avec l'âge et la mobilité chez un enfant au fonctionnement typique, d'autres facteurs, tels que le tonus musculaire, le développement cognitif, et les aides à la mobilité, doivent être pris en compte lors de l'examen d'ecchymoses chez un enfant ayant une déficience physique.</p> <p>Les chutes de plain-pied (glissade, trébuchage) surviennent le plus souvent vers 1 à 2 ans, et les ecchymoses suivant ces chutes sont situées de façon prédominante sur le front, le nez, la lèvre supérieure, le menton ainsi que l'occiput (une étude).</p> <p>Une étude a suggéré que la présence de pétéchies chez un enfant ayant des ecchymoses peut être un indicateur de maltraitance (mais leur absence ne permet pas de l'exclure).</p> <p>L'absence d'ecchymose ne signifie pas qu'il n'y a pas de fracture sous-jacente.</p>
<p>Kemp <i>et al.</i>, 2014 (42)</p>	<p>Quelles sont les caractéristiques des brûlures intentionnelles chez les enfants ?</p> <p>Systématique Multibase De 1950 à 03/2011 Articles de</p>	<p>Sélection des articles par un relecteur</p> <p>Analyse des articles par deux relecteurs</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion des études §</p> <p>Utilisation d'une échelle de cotation de la maltraitance *</p>	<p>Synthèse narrative</p>	<p>Description</p>	<p>20 études (une étude transversale, une étude cas-témoins, 18 séries de cas) portant sur 73 enfants au total ayant eu une brûlure intentionnelle (exclusion des enfants ébouillantés).</p> <p>La revue est compromise par le manque d'études comparatives, le biais de publication et les variations dans les données présentées.</p> <p>Principales caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - grande variété des agents en cause (le plus souvent avec des appareils ménagers ou des objets), - brûlures situées sur le dos des mains, les membres ou le tronc ; - caractérisées par un bord net reflétant la forme de l'agent utilisé (à la différence des brûlures de contact accidentelles qui touchent le plus souvent la paume de la main), rarement rapportées au niveau du visage ;

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	revues				- brûlures souvent multiples et associées à d'autres blessures ; - majorité des enfants > 3 ans (à la différence des brûlures accidentelles).
Maguire <i>et al.</i> , 2008 (41)	Quelles sont les caractéristiques en particulier cliniques des brûlures chez les enfants ébouillantés de façon intentionnelle ? Systématique Multibase De 1950 à 10/2006 Articles de revues et abstracts de congrès	Critères d'inclusion des études II Utilisation d'une échelle de cotation de la maltraitance * et d'une échelle de cotation du caractère accidentel de la brûlure ¶ Analyse des articles par deux relecteurs	Synthèse narrative	Analyse du mécanisme, de l'agent, du type et de la distribution des brûlures et comparaison de ces paramètres pour les brûlures intentionnelles et accidentelles	26 études observationnelles rétrospectives (une cas-témoins, 8 transversales, 17 séries de cas et observations de cas), portant sur 587 enfants au total, dont 183 ont été ébouillantés de manière intentionnelle. Caractéristiques des brûlures des enfants ébouillantés de façon intentionnelle 1) À partir de 5 études comparatives, avec une maltraitance confirmée (niveau 1 ou 2) et une cause accidentelle cotée A ou B, portant sur 24 enfants ébouillantés de façon intentionnelle et 398 de façon accidentelle. Méta-analyse impossible en raison d'un degré élevé d'hétérogénéité entre les études. <ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme : par immersion forcée. • Agent thermique : eau chaude le plus souvent. • Type : de façon prédominante, lésions avec une limite supérieure nette ayant une apparence symétrique sur les deux faces du corps. • Distribution : typiquement la partie inférieure du corps sans la tête ou le cou ; les zones les plus souvent atteintes sont les extrémités des membres inférieurs, les fesses et le périnée ou une atteinte combinée. • Caractéristiques cliniques : histoire incompatible avec les résultats de l'examen clinique ; blessures associées sans lien avec la brûlure ; coexistence de fractures. • Caractéristiques des enfants ébouillantés : enfant passif, introverti, craintif ; Nombreuses blessures accidentelles antérieures ; fratrie accusée de la brûlure ; antécédents de maltraitance, violences familiales. 2) À partir de 18 études non comparatives, avec une maltraitance cotée 3 ou ne rapportant pas les caractéristiques en détail ; portant sur 159 enfants ébouillantés de façon intentionnelle et 6 de façon accidentelle.

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<ul style="list-style-type: none"> • Type : zone de peau épargnée (ex : en contact avec le récipient), profondeur de la brûlure uniforme. • Distribution : en gants, en chaussettes. • Caractéristiques cliniques : antécédents de brûlure, négligence/croissance ralentie, explications incompatibles avec le développement de l'enfant. • Caractéristiques des enfants ébouillantés : association avec un événement déclenchant comme souillure, énurésie ou enfant qui s'est mal conduit avant la brûlure, différentes explications de la cause de la brûlure, absence d'inquiétude des parents, enfant connu des services sociaux. <p>Caractéristiques des brûlures des enfants ébouillantés de manière accidentelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme : par renversement de liquide bouillant situé sur une table ou une cuisinière. • Agent thermique : eau chaude (boisson). • Type : limite irrégulière et brûlure profonde. • Distribution : atteinte asymétrique des membres inférieurs, atteinte de la tête, du cou et du tronc ou du visage et de la partie supérieure du corps. <p>Pas de différence sur la surface de la brûlure entre les brûlures intentionnelles et accidentelles (une étude comparative).</p>
Kemp <i>et al.</i> , 2006 (43)	Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une morsure par maltraitance chez un enfant ?	Critères de sélection des études **	Synthèse narrative	Description	<p>5 études incluses portant sur 5 enfants au total (observations de cas avec morsure par maltraitance confirmée).</p> <p>Les 5 observations mettent en évidence les caractéristiques générales d'une morsure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, limitée par une bordure annulaire (faite de deux arcs concaves opposés), avec ou sans ecchymose cen-

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>Systématique Multibase Jusqu'à 2006 Articles de revues</p>				<p>trale associée</p> <ul style="list-style-type: none"> • La morsure peut montrer des caractéristiques uniques des dents pour identifier l'agresseur. • Traditionnellement la mesure de la distance inter canines distingue les morsures humaines adultes de celles des enfants : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 3,0 à 4,5 cm : homme adulte, ▶ 2,5 à 3,0 cm : enfant ou adulte petit, ▶ < 2,5 cm : dents de lait d'un enfant. <p>Cependant, ceci est fondé sur des données orthodontiques, et n'a pas été validé en pratique courante. Il y a des variations individuelles, ethniques et selon le sexe et un enfant atteint la maturité dentaire vers 12 ans.</p>
<p>Maguire <i>et al.</i>, 2013 (44)</p>	<p>Quelles blessures viscérales par maltraitance surviennent chez les enfants maltraités et quelles sont leurs caractéristiques cliniques ? Quelle est la validité diagnostique des tests de dépistage des blessures abdominales par maltraitance ? Systématique</p>	<p>Articles analysés par deux relecteurs Critères d'inclusion et d'exclusion des études ††</p>	<p>Synthèse narrative</p>	<p>Description</p>	<p>88 études ont décrit les blessures viscérales par maltraitance chez des enfants (81 séries de cas, 6 études transversales, une étude de cohorte rétrospective non contrôlée) dont 64 évaluant les blessures abdominales.</p> <p>5 études ont comparé les blessures abdominales par maltraitance et accidentelles (3 les blessures des organes creux ou pleins ; 1 les blessures duodénales ; 1 les blessures pancréatiques).</p> <p>Des blessures ont été décrites pour tous les organes du corps. Des blessures intra-thoraciques étaient courantes chez les enfants < 5 ans.</p> <p>Les enfants ayant des blessures abdominales par maltraitance étaient plus jeunes que les enfants ayant des blessures accidentelles (2,5-3,7 ans vs 7,6-10,3 ans).</p> <p>Des blessures duodénales étaient couramment rapportées chez des enfants maltraités, en particulier du troisième et du quatrième duodénum, et n'étaient pas rapportées chez les enfants < 4 ans blessés accidentellement.</p> <p>Jusqu'à 80 % des blessures abdominales n'étaient pas accompagnées de contusions abdominales ; les blessures coexistentes étaient des fractures, des brûlures et des traumatismes crâniens. Les études post-mortem ont révélé que de nombreux enfants avaient eu des blessures abdominales antérieures non reconnues. La mortalité des blessures abdominales par maltraitance étaient significativement plus grande que celle des blessures</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	Multibase 1950 – 05/2011 Articles de revues				abdominales accidentelles (53 % vs 21 % ; p = 0,014). 3 études ont abordé le dépistage des blessures abdominales par maltraitance, mais méta-analyse impossible en l'absence d'investigations standardisées, en particulier les enfants ayant des examens de dépistages négatifs n'ont pas eu systématiquement un examen de référence.
Sonneveld <i>et al.</i> , 2013 (55)	Quelle est la prévalence de la maltraitance sexuelle infantile chez les enfants ayant des douleurs abdominales chroniques ? Systématique Multibase Jusqu'en 07/2012 Articles de revues	Sélection et analyse des études par deux relecteurs Critères d'inclusion et d'exclusion des études ‡‡	Synthèse narrative	Prévalence de la maltraitance sexuelle infantile	2 études rétrospectives incluses 1/ Étude des événements de vie stressants comme facteurs de risque de survenue des douleurs abdominales chroniques (définies comme des douleurs abdominales récurrentes selon les critères d'Appley et Naish) chez des enfants de 4 à 21 ans. Cinquante enfants et leurs parents ont eu un entretien non standardisé (sur les critères du DSM-III). Les enseignants ont fourni des informations complémentaires. Chez 4 enfants (8 %), des violences sexuelles dans les deux ans précédents ont été rapportées comme la cause de leurs symptômes. 2/ Étude de cent enfants de 6 à 15 ans ayant des douleurs abdominales récurrentes, et leurs parents ont eu un entretien non standardisé comportant des questions sur l'histoire de la douleur, les facteurs de stress pour la survenue des symptômes et le contexte psychosocial. En cas d'incertitude diagnostique, les enfants avaient un entretien supplémentaire sans la présence des parents, en particulier avec des questions sur l'existence de violences sexuelles infantiles. La douleur était diagnostiquée psychosomatique si elle remplissait les critères d'Appley et Naish et au moins 6 critères supplémentaires/7. Un diagnostic de douleur psychosomatique a été posé dans 48 cas, parmi lesquels un enfant (2 %) a rapporté des violences sexuelles survenues au moment de l'apparition des douleurs abdominales chroniques.
Maguire <i>et al.</i> , 2007 (45)	Quelle est la probabilité qu'une déchirure du frein labial soit causée par une maltraitance infantile	Études analysées par deux relecteurs Critères d'inclusion des études : études d'enfants 0-18 ans avec des blessures de la cavité buccale	Synthèse narrative	Description	19 études incluses dans la revue (591 enfants). Probabilité d'une maltraitance infantile physique en cas de déchirure du frein labial n'a pas pu être calculée, en l'absence d'études comparatives transversales ou cas-témoins. Il n'y avait pas d'études comparant les caractéristiques des blessures intra-orales par maltraitance infantile ou non dues à une maltraitance infantile

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>physique et quelles autres blessures de la cavité buccale sont trouvées en cas de maltraitance physique ?</p> <p>Systématique Multibase 1950 – 2006</p> <p>Articles de revues, abstracts de congrès, sites internet, ouvrages</p>	<p>par maltraitance infantile physique et déchirure du frein labial quelle que soit son étiologie, vivants ou décédés</p> <p>Exclusion des études concernant des blessures orales dues à un autre type de maltraitance ou une négligence dentaire</p> <p>Inclusion des études dans lesquelles la maltraitance infantile était cotée 1 à 4 *, et des études de blessures non dues à une maltraitance comportant une description des méthodes utilisées pour s'assurer qu'une maltraitance était exclue</p>			<p>Blessures intra-orales par maltraitance</p> <p>14 études : toutes des séries de cas ou observations de cas.</p> <p>Maltraitance confirmée (1 – 2) : 11/14 études.</p> <p>Inclusion de 579 enfants au total.</p> <p>Blessures par maltraitance les plus fréquentes : lacération ou ecchymose des lèvres.</p> <p>Autres blessures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lacérations muqueuses ; • traumatismes dentaires (fractures, [luxation en] intrusion et extraction forcées) ; • blessures de la langue et des gencives. <p>Aucune caractéristique de ces lésions n'était spécifique d'une maltraitance, sauf la morsure de la langue d'un enfant de 10 mois par un adulte.</p>
<p>Naughton <i>et al.</i>, 2013 (47)</p>	<p>Quelles sont les caractéristiques émotionnelles, comportementales et développementales de l'enfant ainsi que les</p>	<p>Articles sélectionnés par une personne et analysés par deux relecteurs</p> <p>Critères de sélection des études §§</p>	<p>Synthèse narrative des études par âge (méta-analyse exclue en raison des différences de collecte des données entre les études, en</p>	<p>Description</p>	<p>42 études incluses (28 cas-témoins, 13 cohortes et 1 transversale).</p> <p>Principales caractéristiques chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agression (11 études) se manifestant par la colère, un comportement perturbateur, des troubles des conduites sociales, un comportement oppositionnel, et un faible contrôle de l'ego ; - retrait ou passivité (12 études) : estime de soi négative, comportement anxieux ou évitant, faible connaissance émotionnelle et difficultés dans

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>caractéristiques des interactions entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui, associées à négligence ou à des violences psychologiques chez les enfants préscolaires ?</p> <p>Systématique Multibase 01/1960 – 02/2011 Articles de revues</p>		<p>particulier avec des outils d'évaluation modifiés différemment selon les études)</p>		<p>l'interprétation de l'expression des émotions chez les autres ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - retard de développement (17 études) : en particulier, retard de langage, des fonctions cognitives ; - faibles interactions avec les pairs (5 études) : faibles interactions sociales ; - au cours du développement (6 études), passage d'un attachement insécurité ambivalent à évitant et d'un comportement passif à un comportement de plus en plus agressif et image de soi-même négative. <p>Interactions mère-enfant (14 études) : marquées par de l'hostilité, une faible sensibilité, des critiques, un désintérêt ou un manque d'implication de la mère.</p>
<p>Allen et Tussey, 2012 (48)</p>	<p>Les dessins projectifs peuvent-ils servir à détecter si un enfant a été maltraité (maltraitance sexuelle ou physique) ?</p> <p>Systématique Multibase</p>	<p>Critères d'inclusion des études III</p>	<p>Synthèse narrative Analyse séparée des études portant sur les violences sexuelles et sur la violence physique</p>	<p>Systèmes de cotation et/ou indicateurs graphiques indiquant une maltraitance</p>	<p>13 études incluses pour les violences sexuelles, 10 pour la violence physique.</p> <p>L'utilisation de dessins projectifs d'enfants pour déterminer une maltraitance sexuelle ou physique était fondée initialement sur des observations de cas ou des études non contrôlées. Bien que de nombreuses études aient trouvé de très nombreux résultats significatifs (ex : omission des mains, désorganisation des parties du corps), d'autres études n'ont pas observé de résultats similaires. La vraisemblance des résultats significatifs a diminué avec l'augmentation de la rigueur scientifique des études. L'échec de réplication de résultats cohérents, dans des conditions d'études plus rigoureuses, suggère que ces résultats sont erronés. On ne peut pas affirmer d'un point de vue scientifique qu'un des indicateurs identifiés ou qu'un système de cotation est fiable pour identifier à partir des dessins d'enfants une maltraitance infantile sexuelle ou physique.</p> <p>La reproductibilité interobservateurs, quand elle était disponible dans les études, était sujette à de grandes variations. Quelques indicateurs individuels avaient une reproductibilité acceptable, mais aucun des systèmes de cotation</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					n'avaient une reproductibilité interobservateurs > 0,80.
Kemp <i>et al.</i> , 2008 (46)	<p>Quelles caractéristiques permettent de différencier des fractures résultant d'une maltraitance des fractures dues à une autre cause ?</p> <p>Systématique Multibase 1950 – 2007 Articles de revues</p>	<p>Analyse des études par deux relecteurs</p> <p>Critères d'inclusion des études ¶¶¶</p> <p>Études incluses classées en fonction de la mesure de protection décidée et du degré d'exclusion d'une maltraitance dans le groupe contrôle***</p>	<p>Méta-analyse des résultats d'études transversales ou de séries de cas consécutifs d'enfants ayant une fracture</p> <p>Modèle aléatoire</p>	<p>Probabilité de maltraitance avec intervalle de confiance à 95 % pour chaque site de fracture</p>	<p>32 études comparatives incluses dans la revue. 26 études incluses dans la méta-analyse. Maltraitance cotée de 1 à 3 pour 78 % des études, et exclusion d'une maltraitance cotée 1 ou 2 pour 80 % des études. Toutes les études étaient rétrospectives, menées à l'hôpital, et incluant des enfants vus en consultation ou hospitalisés. Une faible proportion des études a comporté une revue indépendante des dossiers ou des radiographies par plusieurs investigateurs en insu du groupe d'appartenance des patients.</p> <p>Types de fractures chez les enfants ayant subi des violences physiques et chez les enfants non maltraités (7 études)</p> <p>Les fractures résultant d'une maltraitance sont survenues de façon prédominante chez les nourrissons (< 1 an) et les enfants 1 – 3 ans (<i>toddlers</i>). Les fractures par maltraitance sont significativement plus fréquentes chez les enfants < 18 mois par rapport aux enfants plus âgés. Les fractures du crâne sont les plus fréquentes chez les enfants < 3 ans maltraités ou non. Les fractures multiples sont plus fréquentes après maltraitance physique qu'après traumatisme d'une autre cause.</p> <p>Fractures des membres inférieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractures fémorales (13 études incluses dans la méta-analyse, portant au total sur 1 100 enfants < 15 ans, maltraitance confirmée 222, maltraitance suspectée 120). <p>Estimation de la probabilité globale de maltraitance en cas de fracture fémorale : 0,43 [IC95 % : 0,32 – 0,54] (après exclusion des enfants ayant eu un accident de véhicule motorisé ou un traumatisme violent). Estimation de la probabilité de maltraitance confirmée en cas de fracture fémorale : 0,28 [IC95 % : 0,15 – 0,44]. Les fractures fémorales par maltraitance étaient significativement plus fréquentes chez les enfants qui ne marchaient pas encore.</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>La fracture fémorale la plus fréquente chez les enfants maltraités et non maltraités est la fracture médio-diaphysaire. Pas de différence dans la distribution des fractures transverses, spirales ou obliques entre les groupes.</p> <p>Les fractures métaphysaires ont été rapportées dans une proportion plus grande d'enfants maltraités que d'enfants non maltraités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractures du tibia ou du péroné (2 études) <p>Chez les enfants < 18 mois, la plupart des fractures du tibia ou du péroné (23/24) résultait d'une maltraitance (1 étude).</p> <p>Fractures des membres supérieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractures humérales (4 études transversales incluses dans la méta-analyse, portant au total sur 154 enfants < 3 ans, maltraitance confirmée 30, maltraitance suspectée 23.) <p>Estimation de la probabilité globale de maltraitance en cas de fracture humérale : 0,54 [IC95 % : 0,20 – 0,88].</p> <p>Estimation de la probabilité de maltraitance confirmée en cas de fracture humérale : 0,48 [IC95 % : 0,06 – 0,94].</p> <p>Analyse des fractures humérales par âge (1 étude) : prévalence de la maltraitance significativement plus grande chez les enfants < 15 mois ayant une fracture humérale que chez les enfants entre 15 mois et 3 ans.</p> <p>Le type de fracture humérale par maltraitance le plus fréquent chez les enfants < 15 mois était les fractures spirales/obliques.</p> <p>Les fractures humérales supracondyliennes étaient moins susceptibles d'être infligées.</p> <p>Fractures de côtes</p> <p>7 études transversales, 233 enfants.</p> <p>Estimation de la probabilité globale de maltraitance en cas de fracture de côte : 0,71 [IC95 % : 0,42 – 0,91] (après exclusion des enfants ayant eu un accident de véhicule motorisé, un traumatisme violent, ou une fracture post-chirurgicale). Les investigations radiologiques variaient selon les études.</p> <p>Des enfants ayant des fractures de côtes par maltraitance avaient davantage de fractures de côtes que les enfants non maltraités (6/7 études).</p> <p>Les fractures antérieures étaient significativement plus fréquentes chez les</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>enfants maltraités et les fractures latérales étaient plus fréquentes chez les enfants non maltraités.</p> <p>Fractures du crâne</p> <p>7 études, 520 enfants < 6,5 ans dont 124 maltraités.</p> <p>Fractures du crâne plus fréquemment rapportées après traumatisme crânien résultant d'une maltraitance qu'après traumatisme crânien accidentel.</p> <p>Estimation de la probabilité globale de maltraitance en cas de fracture du crâne : 0,30 [IC95 % : 0,19 – 0,46].</p> <p>Le site le plus fréquent de la fracture était pariétal chez les enfants maltraités et non maltraités, les fractures les plus fréquentes chez les enfants maltraités et non maltraités étaient des fractures linéaires.</p> <p>Il n'a pas été mis en évidence de différence de distribution des fractures complexes du crâne entre les deux groupes.</p>

* : Échelle de cotation de la maltraitance : 1/ maltraitance confirmée lors d'une conférence de cas, procédure judiciaire familiale, civile ou criminelle ; maltraitance avouée par l'agresseur ; témoignage indépendant de maltraitance ou maltraitance décrite par la victime ; 2/ maltraitance confirmée par une évaluation multidisciplinaire (services sociaux/de police/médicaux) ; 3/ maltraitance définie par des critères mentionnés ; 4/ maltraitance énoncée « survenue », mais sans précisions sur la façon dont elle a été déterminée ; 5/ maltraitance simplement énoncée « suspectée », mais sans détails indiquant si elle a été confirmée ou non).

† : études qui évaluent cliniquement l'âge des ecchymoses chez les enfants de 0 à 18 ans, dans lesquelles la maltraitance est cotée de 1 à 3 sur l'échelle de cotation de la maltraitance*. Exclusion des études post-mortem, observations de cas, revues, opinions d'auteurs, et des études mélangeant les adultes et les enfants desquelles les données des enfants n'ont pas pu être extraites.

‡ : études dans lesquelles sont définis les types d'ecchymoses chez des enfants < 18 ans, maltraités et non maltraités. Exclusion des morsures et des ecchymoses quand elles sont une manifestation d'une maladie.

§ : études rapportant les caractéristiques des brûlures intentionnelles chez l'enfant (0 – 18 ans) ; études comparant brûlures intentionnelles et accidentelles, séries de cas, observations de cas dans lesquelles la maltraitance est confirmée (cotée de 1 à 3 sur l'échelle de cotation de la maltraitance *).

|| : études originales d'enfants de 0 à 18 ans ébouillantés de façon intentionnelle confirmée (cotée de 1 à 3 sur l'échelle de cotation de la maltraitance*) et/ou d'enfants ébouillantés accidentellement chez lesquels une maltraitance physique a été exclue (caractère accidentel coté A ou B sur l'échelle de cotation du caractère accidentel de la brûlure ¶), et dans lesquelles les caractéristiques causales, physiques et sociales ont été détaillées. Exclusion des études sur la prise en charge ou les résultats ; les brûlures dues à une inattention ; les études mélangeant les données d'enfants ébouillantés et des brûlures de contact ou les données d'enfants et d'adultes, desquelles les données spécifiques des enfants ébouillantés n'ont pas pu être extraites.

¶ : Échelle de cotation du caractère accidentel de la brûlure : A/ scène de l'accident recréée, ou investigation par le police scientifique d'une scène, ou investigation criminelle a écarté une maltraitance comme cause ; B/ efforts pour exclure une maltraitance comme cause de brûlure par une investigation multidisciplinaire ou investigation par les services sociaux des circonstances à domicile ; C/ pas de précisions sur la manière dont la brûlure a été jugée accidentelle, dont une maltraitance a été exclue, ou il n'est pas mentionné qu'une maltraitance est envisagée comme une étiologie possible.

** : morsures par maltraitance confirmée.

†† : inclusion d'études d'enfants de 0 à 18 ans, vivants ou décédés à l'arrivée ; blessure confirmée par au moins une des techniques suivantes : imagerie de contraste, scanner avec ou sans injection, chirurgie, autopsie. Exclusion des études mélangeant enfants et adultes desquelles les données des enfants n'ont pas pu être extraites ; insuffisance des détails cliniques des cas ; études mélangeant

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>plaies par maltraitance et accidentelles, desquelles les détails ne peuvent être extraits pour ces deux groupes ; études concernant la maltraitance sexuelle et celles évaluant exclusivement la prise en charge ou les résultats.</p> <p>‡‡ : études d'enfants de 0 à 18 ans ayant des douleurs abdominales chroniques ou toute douleur associée à des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, dont les résultats étaient la prévalence ou l'incidence de la maltraitance sexuelle, comportant un groupe contrôle ayant été investigué pour des troubles fonctionnels gastro-intestinaux ou pour lequel il était précisé que les douleurs gastro-intestinales étaient absentes. Exclusion des études de douleurs abdominales dues à une cause organique ou à un médicament.</p> <p>§§ : études sur des populations d'un pays de l'OCDE, portant sur des enfants de 0 à 6 ans, victimes de négligence ou de violences psychologiques (définition OMS), dans lesquelles les auteurs ont explicitement recueilli les caractéristiques émotionnelles, comportementales et développementales de l'enfant et les caractéristiques des interactions précoces, dans lesquelles la maltraitance était confirmée (niveau 1 ou 2 sur l'échelle de cotation de la maltraitance*).</p> <p>III : i) études publiées dans des revues à comité de lecture avant 2011 ; ii) utilisant un groupe contrôle défini non maltraité ; critères d'évaluation clairement spécifiés avant l'analyse des données ; iv) le groupe expérimental est constitué d'enfants et/ou d'adolescents ayant subi des violences sexuelles ou physiques, mais ne combinant pas différentes formes de maltraitance.</p> <p>¶¶ : études comparatives d'enfants < 18 ans décrivant la distribution des fractures identifiées sur les radiographies, dans lesquelles les fractures résultant de violences physiques ont été comparées à des fractures d'autres causes. Exclusion des études mélangeant les groupes d'âge dans lesquelles on ne pouvait pas extraire les données des enfants, de faible qualité, étant donné les biais significatifs, facteurs de confusion, attrition, dont l'investigation a été incomplète ou dans lesquelles le type de fracture était le facteur principal pour définir une maltraitance, sur les investigations post-mortem.</p> <p>*** : échelle d'exclusion d'une maltraitance : 1/ maltraitance exclue activement sur des critères énoncés, témoignage d'une cause traumatique, ou cause organique confirmée ; 2/ maltraitance exclue de manière implicite dans la définition des cas ou l'énoncé de critères donnés ; 3/ étiologie du groupe non maltraité seulement énoncée ; 4/ étiologie du groupe de comparaison non précisée.</p>					

Un enfant chez lequel une maltraitance n'est pas reconnue (TC, fracture, etc.) peut être revu ultérieurement avec une blessure mortelle. Inversement, un diagnostic erroné de maltraitance aura des conséquences dévastatrices pour l'enfant et sa famille.

3.2 Validité des outils de dépistage de la maltraitance infantile

Deux revues de la littérature ont évalué la performance de diverses méthodes de dépistage de la maltraitance chez des enfants reçus dans des services d'urgences (*tableau 6*).

Dans un article ont été rapportées trois revues systématiques de la littérature sur la validité diagnostique de trois marqueurs de violences physiques et de négligence (le jeune âge, la fréquentation répétée des services d'urgences, et le type de blessure) chez des enfants blessés reçus aux urgences (56). Il n'y a pas de données en faveur d'une validité diagnostique suffisante (rapport de vraisemblance ≥ 10) d'aucun des marqueurs (âge < 1 an, le type de blessure, la fréquentation répétée des urgences), pour identifier, parmi des enfants blessés reçus aux urgences, ceux nécessitant une évaluation pédiatrique pour violences physiques ou négligence potentielles.

Une revue systématique a eu pour objectif de déterminer s'il existait une intervention efficace à utiliser dans les services d'urgences augmentant significativement la détection des cas de maltraitance infantile confirmée (57). Quatre études ont été incluses dans la revue. Dans ces études, l'intervention consistait en une *check-list* d'indicateurs de risque de maltraitance infantile. Le nombre de cas de maltraitance infantile confirmée, rapporté dans deux études parmi les quatre, après mise en œuvre de la *check-list*, n'a pas augmenté de manière significative. Cependant, dans les quatre études, il a été observé une augmentation du taux de maltraitance infantile suspectée. Selon les auteurs, les interventions dans les services d'urgences pour augmenter la détection des cas de maltraitance infantile (confirmée par la suite) sont peu fréquentes dans la littérature. La taille des échantillons et la méthode des études identifiées sont inadéquates pour conclure sur l'efficacité de ces interventions.

Une revue systématique a eu pour objectif d'évaluer la validité diagnostique de l'examen physique complet, consistant au minimum en une inspection visuelle cutanée de tout le corps et de la cavité buccale, en tant que test de dépistage de maltraitance chez des enfants sans suspicion de maltraitance *a priori*, dans différents cadres de soins, comparé en l'absence de test de référence à un « test composite » (58) (*tableau 6*). La prévalence des signes confirmés de maltraitance à l'examen physique de dépistage allait de 0,8 % à 13,5 %. La méthode des études était inadéquate pour évaluer la validité diagnostique de l'examen physique de dépistage de la maltraitance.

Une revue systématique, réalisée en 2012, a eu pour objectif d'examiner la littérature sur la validité diagnostique des tests proposés pour identifier les enfants maltraités quel que soit le stade de la maltraitance avant leur décès, et évaluer si ces tests pourraient être adaptés au dépistage ; les tests étant définis comme toute forme d'évaluation reproductible utilisée quel que soit le cadre des soins (59) (*tableau 6*). Treize études ont été incluses dans la revue. En l'absence de test de référence pour identifier les enfants maltraités, l'évaluation des tests est difficile. Dans 11 études, les tests ont identifié les enfants maltraités uniquement quand ils avaient des signes cliniques. Dans l'ensemble, la sensibilité des tests allait de 0,26 à 0,97 et la spécificité de 0,51 à 1,00. Seulement deux tests avaient une sensibilité supérieure à 0,90 et une spécificité supérieure à 0,80 (un test servant à identifier les enfants physiquement maltraités parmi les enfants hospitalisés en unité de soins intensifs pédiatriques et l'autre test fondé sur douze symptômes pour identifier les enfants soumis à des violences sexuelles). Les tests ne sont pas adaptés au dépistage en raison de leur faible sensibilité, car ils ne permettent qu'une identification tardive des enfants maltraités quand ils ont déjà des conséquences sérieuses de la maltraitance. Selon les auteurs, une meilleure connaissance du commencement de la maltraitance infantile et le développement de tests valides de dépistage de la maltraitance infantile aux stades sub-cliniques reste nécessaire.

Diverses méthodes de dépistage de la maltraitance infantile ont été évaluées. La plupart de ces méthodes n'augmente pas suffisamment le taux de détection des cas de maltraitance (faible sensibilité), et leur spécificité est souvent faible (fort taux de faux positifs). De plus, ils ne sont pas

adaptés à un dépistage de la maltraitance infantile à un stade précoce : ils identifient des enfants ayant déjà des conséquences de la maltraitance infantile (traumatisme crânien, fractures, ou troubles du comportement).

Tableau 6. Revues systématiques de la littérature sur la validité des outils de dépistage de la maltraitance infantile

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>Bailhache et al., 2013 (59)</p>	<p>Validité diagnostique des tests pour identifier les enfants maltraités quel que soit le stade de la maltraitance avant leur décès, et évaluer si ces tests pourraient être adaptés au dépistage</p> <p>Systématique Multibase 01/1961 – 04/2012</p> <p>Articles de revues en français ou en anglais</p>	<p>Sélection et analyse des articles par 2 relecteurs (critères QUADAS-1)</p> <p>Critères de sélection des articles * (études comparatives – cohorte, cas-témoins, transversale – évaluant les résultats d'outils identifiant les enfants maltraités dans une population d'enfants maltraités et non maltraités) et études descriptives dans un seul groupe d'enfants maltraités ou non maltraités</p> <p>Critères d'exclusion †</p>	<p>Synthèse narrative des études (résultats non poolés en raison de la diversité des méthodes et des types de maltraitance identifiés)</p>	<p>Critères OMS de validité des tests utilisés dans les programmes de dépistage : i) identifier les enfants maltraités avant la survenue de conséquences sérieuses de la maltraitance ; ii) identifier les enfants maltraités avec une forte sensibilité ; iii) identifier les enfants maltraités avec une spécificité assez forte, pour éviter de stigmatiser ceux qui s'occupent de l'enfant, et qui ne sont pas auteurs de maltraitance</p>	<p>13 articles inclus (4 violence sexuelle, 7 violence physique, 1 violences psychologiques, 1 plusieurs formes de violence et négligence) (8 prospectives, 5 rétrospectives).</p> <p>Qualité des études : faible (nombre maximal de critères remplis (8/14), pour 5 études ≤ 4 critères remplis).</p> <p>Validité interne : représentativité des patients non connue ; dans 3 études description insuffisante du test évalué ; dans une étude résultat du test évalué utilisé pour établir le diagnostic ; période de temps entre le test évalué et le test servant de référence rarement disponible.</p> <p>Validité externe : ne sait pas si le cadre de réalisation du test était celui de la pratique courante.</p> <p>Validité diagnostique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - violence physique ; - traumatisme crânien infligé (4 études), dans 1 étude test = absence d'histoire de traumatisme ou traumatisme de faible impact, dans 3 études test = examen physique ou scanner crânien (un test fondé sur les types d'images au scanner avait une Se = 0,84 [IC 95 % : 0,78 – 0,90] et Spe = 0,83 [IC 95 % : 0,74 – 0,90]) ; - violence physique non limitée au traumatisme crânien (3 études) (1 test basé sur 3 questions : âge de l'enfant, localisation des ecchymoses, accident dans un lieu public Se = 0,97 [IC 95 % : 0,84 – 1,00] et Spe = 0,84 [IC 95 % : 0,69 – 0,94] †/1 test présence d'ecchymoses dans la zone d'une fracture /1 test = <i>Screening Index for Physical Child Abuse</i>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>Se = 0,87 [IC 95 % : 0,84 – 0,90] et Spe = 0,81 ;</p> <p>- violence sexuelle (4 études)</p> <p>1 : le test est une classification des résultats de l'examen anal et génital/2 : diamètre horizontal de l'hymen dans la position à genoux/3 : <i>Child Sexual Behavior Inventory</i> interview des parents sur le comportement sexuel de l'enfant/4 : <i>Signs Associated with Sexual Abuse</i> interview des parents intégrant 12 symptômes de l'enfant Se = 0,91 [IC 95 % : 0,71 – 0,99] et Spe = 0,88 [IC 95 % : 0,77 – 0,96] ;</p> <p>- violence psychologique ;</p> <p>Questionnaire auto-administré à l'intention des enfants de 13 à 15 ans.</p> <p>- violences multiples et négligence ;</p> <p>Questionnaire auto-administré à l'intention des adolescents de 12 à 17 ans <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (pour les violences physiques Se = 0,82 [IC 95 % : 0,70 – 0,90] et Spe = 0,73 [IC 95 % : 0,63 – 0,81], pour la violence sexuelle Se = 0,86 [IC 95 % : 0,71 – 0,94] et Spe = 0,76 [IC 95 % : 0,67 – 0,83]).</p>
<p>Louwers et al., 2010 (57)</p>	<p>Est-ce qu'il existe une intervention efficace pouvant être utilisée dans les services d'urgences qui augmente de manière significative la détection des cas de</p>	<p>Critères d'inclusion des articles §</p> <p>Critères d'exclusion II</p> <p>Analyse des articles par 2 relecteurs</p> <p>Cotation des articles sur 4 critères (type d'étude ; tranche d'âge ; inclusion de tous les symptômes/uniquement les traumatismes ; cas de maltraitance infantile</p>	<p>Une intervention est considérée efficace si dû à l'intervention, le taux de maltraitance confirmée augmente de manière significative</p>	<p>Taux de maltraitance infantile confirmée</p>	<p>4 études incluses portant sur un total de 8 987 enfants de 0 à 18 ans.</p> <p>1 - étude prospective ; 4 422 enfants ≤ 6 ans ayant un traumatisme ; <i>Montreal Children's Hospital Accident Scan</i> ; augmentation non significative du taux de maltraitance infantile confirmée de 0,86 % à 1,13 %.</p> <p>2 - étude prospective : 2 audits de 2 mois séparés d'une formation ; tous les 2 345 enfants ≤ 18 ans reçus aux urgences ; lors de l'orientation évaluation de 5 indicateurs de risque de maltraitance infantile (augmentation significative du taux de maltraitance</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>maltraitance confirmée ?</p> <p>Systematique Multibase Jusqu'à 02/2008</p> <p>Articles de revues et littérature grise</p>	<p>suspectés confirmés lors du suivi)</p>			<p>infantile suspectée de 0,22 % à 1,32 % OR : 6 ; ne sait pas si les cas de maltraitance infantile suspectés ont été confirmés par la suite).</p> <p>3 - étude prospective : 2 audits de 3 mois entre lesquels un <i>flowchart</i> comportant 4 questions a été ajouté ; 2 000 enfants ≤ 6 ans ayant un traumatisme reçus aux urgences ; augmentation de la proportion de dossiers dans lesquels un traumatisme intentionnel a été envisagé (71 % vs 0,6 %), mais augmentation non significative du taux de maltraitance infantile suspectée de 0,6 % à 1,4 % OR : 2,3 ; ne sait pas si les cas de maltraitance infantile suspectés ont été confirmés par la suite ; il n'a pas été possible de savoir si les cas de maltraitance infantile suspectés ont été confirmés par la suite.</p> <p>4 - étude rétrospective ; enfants < 18 ans ; après l'introduction d'une <i>check-list</i> comportant 9 questions dans tous les services, une maltraitance infantile a été détectée chez 0,1 % des enfants reçus aux urgences. Parmi les 220 cas de maltraitance suspectée, 26 % ont été confirmés.</p> <p>Au total, la détection des cas de maltraitance infantile suspectée ou confirmée a augmenté de 180 % (moyenne pondérée des résultats des 3 études prospectives)</p>
<p>Woodman et al., 2010 (56)</p>	<p>Validité diagnostique de trois marqueurs de violences physiques et de négligence (jeune âge, fréquentation</p>	<p>Sélection des abstracts par un relecteur et analyse du texte complet des articles par 2 relecteurs</p> <p>Critères d'inclusion des articles ¶</p> <p>Qualité des études évaluée avec la grille</p>	<p>Analyse séparée des études sur les enfants hospitalisés et les enfants reçus aux urgences</p> <p>Synthèse narrative en raison des différences entre les études</p>	<p>Calcul du rapport de vraisemblance ** (LR) pour chaque tranche d'âge (< 1 ; 1-4 ; 5-9 ; 10-15), la fréquentation répétée des urgences, les types</p>	<p>7 études incluses (dont 6 publiées). Faible qualité des études. Âge (5 études). L'âge < 1 an est associé à une augmentation du risque de violences physiques et de négligence chez des enfants sévèrement blessés hospitalisés (LR : 7,7 et 13 ; 2 études) mais non chez les enfants reçus aux urgences (LR 1,5 IC 95 % : 0,9 – 1,8 ; 1</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>répétée des services d'urgences, type de blessure), chez des enfants blessés reçus aux urgences</p> <p>Systématique Multibase Jusqu'à 05/2008 Langue anglaise Articles de revues et littérature grise</p>	<p>QUADAS modifiée</p>		<p>de blessure (traumatisme crânien, ecchymoses, fractures, brûlures, autres)</p> <p>Un marqueur ayant un LR ≥ 10 est considéré comme un test cliniquement utile</p>	<p>étude).</p> <p>Fréquentation répétée des urgences (3 études) n'était pas associée à une augmentation marquée du risque de violences physiques ou de négligence, et pourrait être le fait de facteurs de confusion que sont l'existence d'une maladie chronique ou le niveau socio-économique (LR 0,8 à 3,8).</p> <p>Type de blessure (1 étude non publiée) n'est pas associé à une augmentation du risque de violences physiques ou de négligence chez les enfants sévèrement blessés.</p>
<p>Hoytema <i>et al.</i>, 2013 (58)</p>	<p>Validité diagnostique de l'examen physique complet, en tant que test de dépistage de maltraitance chez des enfants sans suspicion de maltraitance <i>a priori</i>, dans différents cadres de</p>	<p>Sélection et analyse des études par deux relecteurs</p> <p>Qualité des études évaluée avec la grille QUADAS-2</p> <p>Critères de sélection des études ††</p> <p>Critères d'exclusion ‡‡</p>	<p>Synthèse narrative en raison des différences entre les études</p>	<p>Se et Spe de l'examen physique pour détecter la maltraitance infantile</p>	<p>3 études incluses :</p> <p>Étude 1 - étude transversale en population portant sur 555 sujets ; objectif : déterminer la prévalence et les facteurs de risque de maltraitance infantile chez des enfants d'âge scolaire en Égypte rurale ; sélection au hasard de l'échantillon et participation à l'étude de tous les sujets sélectionnés. Limites : biais de test de référence et résultats faux négatifs potentiels, car les sujets étaient considérés non maltraités si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il n'y avait pas de signes de maltraitance à l'examen même si le sujet déclarait une maltraitance ; - il y avait des signes de maltraitance à l'examen, mais que le sujet niait la maltraitance.

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
	<p>soins comparé à un test composite (considéré positif si au moins un des composants est positif)</p> <p>Systematique Multibase Jusqu'à 08/2013 Articles de revues</p>				<p>Étude 2 - étude transversale portant sur 10 175 sujets ; objectifs : déterminer la prévalence et les facteurs de risque de maltraitance d'enfants chez lesquels on soupçonne une maltraitance dans des services d'urgences en Italie ; limites : les résultats des différentes parties de l'examen clinique sont présentés séparément (lésions cutanées, lésions buccales) et la fréquence cumulée de tous les signes de maltraitance est inconnue. Les résultats de l'examen clinique sont utilisés pour établir la référence standard (biais d'incorporation).</p> <p>Étude 3 - étude prospective avec suivi d'un an portant sur 476 sujets ; objectif : évaluer un test de dépistage bref de maltraitance infantile dans un service d'urgences ; inclusion au hasard des enfants (méthode non décrite) ; limites : test de référence réalisé au bout d'un an de suivi, et considéré positif si la maltraitance est déjà survenue (il est possible que la maltraitance soit confirmée même si elle est survenue après la visite aux urgences ; enfants exclus de l'étude en cas de suspicion de maltraitance avant ou lors de la visite aux urgences). La Se et Spe n'ont pas pu être calculées en raison de la conception des études.</p> <p>Résultats :</p> <p>Nombre d'enfants avec signes non confirmés de maltraitance à l'examen physique/nombre d'enfants examinés//nombre d'enfants avec signes de maltraitance confirmés par le test standard/nombre d'enfants examinés.</p> <p>Étude 1 : 81/555 (14,6 %) // 75/555 (13,5 %).</p> <p>Étude 2 : lésions cutanées : 1 177/9 510 (12,4 %) // 75/9 510 (0,8 %).</p> <p>Lésions buccales :</p>

Auteur, année, référence	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Analyse	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					123/9 137 (1,3 %)//8/9 137 (0,09 %). Étude 3 : ecchymoses, brûlures, morsures : 18/473 (3,8 %)//5/473 (1,1 %).

* : articles i) ayant pour objectif d'estimer au moins un paramètre de validité diagnostique (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive ou négative) d'un test identifiant les enfants maltraités (< 18 ans) ; ii) incluant un test de référence pour déterminer si l'enfant a réellement été abusé ; iii) décrire le test d'évaluation (information et méthode pour conduire l'évaluation). En l'absence de test de référence pour détecter les enfants maltraités, ont été considérés comme acceptable : décision judiciaire, confirmation par les services de protection sociale, diagnostic par une équipe médicale, sociale ou judiciaire utilisant plusieurs sources d'information (interview de l'enfant ou de ceux qui s'en occupent, symptômes de l'enfant, examen physique de l'enfant).

† : tests pour identifier les auteurs de la maltraitance, les enfants maltraités décédés, ou victimes de violences conjugales.

‡ : dans une étude cas-témoins chez des enfants maltraités et non maltraités < 4 ans admis en soins intensifs de pédiatrie pour traumatisme, les auteurs ont comparé les ecchymoses (nombre et partie du corps) et l'âge des enfants (60). Ces caractéristiques ont été modélisées. Les caractéristiques prédictives de maltraitance étaient les ecchymoses sur le torse, les oreilles ou le cou chez des enfants < 4 ans ainsi que les ecchymoses dans n'importe quelle partie du corps chez les enfants < 4 mois. Les auteurs ont imaginé, à partir de ce modèle, une règle de décision clinique pour distinguer les ecchymoses d'une maltraitance des ecchymoses accidentelles.

§ : i) articles issus de revues à comité de lecture centrées sur les enfants ; ii) dans les services d'urgences ; iii) une intervention pour détecter les enfants maltraités a été utilisée.

|| : études ciblant des groupes d'enfants particuliers.

¶ : sur des données recueillies après 1975 dans les pays industrialisés, rapportant le marqueur soit chez des enfants blessés reçus aux urgences ou hospitalisés (pour l'âge et le type de blessure), soit chez des enfants blessés qui se sont présentés pour des soins médicaux quel que soit le cadre des soins (pour la fréquentation répétée), rapportant l'existence ou non d'une maltraitance chez des enfants avec et sans le marqueur ; toute appréciation des violences physiques ou de la négligence étant acceptée.

** : en raison de la faible prévalence des violences physiques ou de la négligence parmi les causes de blessures chez les enfants reçus aux urgences, les marqueurs doivent avoir un LR élevé ≥ 10 , pour éviter de submerger les services de pédiatrie avec des enfants faussement détectés comme étant maltraités (faux positifs).

†† : toute étude incluant des enfants de 0 à 18 ans, reçus dans le cadre de soins quel qu'il soit, évaluant l'examen physique complet (consistant au minimum en une inspection visuelle cutanée de tout le corps et de la cavité buccale), réalisé spécifiquement comme faisant partie d'une procédure de dépistage de la maltraitance infantile par un professionnel de santé, et documentant de façon systématique la présence ou l'absence de signes indiquant une maltraitance infantile comparés à l'un des tests suivants utilisés comme référence : un diagnostic de maltraitance par soit i) décision judiciaire, soit ii) groupe d'experts, soit iii) médecin légiste, soit iv) déclaration de la victime.

‡‡ : études dans lesquelles les enfants sont examinés en raison d'une suspicion de maltraitance infantile ; études dans lesquelles l'examen physique est réalisé uniquement dans l'intention de détecter des violences sexuelles.

3.3 Quelles sont les actions à mettre en œuvre pour protéger l'enfant ?

3.3.1 RBP HAS

► RBP Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011

Les mesures à prendre pour protéger le mineur sont fonction de la présomption de maltraitance sexuelle, du contact du mineur avec son agresseur, de l'état clinique du mineur.

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle (histoire claire, et/ou examen clinique anormal, et/ou présence d'une IST, histoire très récente) et si le mineur est en contact permanent ou fréquent avec son agresseur

Il est recommandé d'assurer en premier lieu la protection du mineur contre une éventuelle récurrence en ayant recours aux actions suivantes :

- soit faire un signalement au procureur de la République, qui peut mettre en place des mesures de protection immédiate du mineur ;
- soit **hospitaliser** le mineur si la situation le nécessite, **et parallèlement faire un signalement au procureur de la République.**

Signalement au procureur de la République

Face à une suspicion de maltraitance sexuelle chez le mineur, le médecin, qui est normalement tenu au secret professionnel selon l'article 226-13 du Code pénal, peut être délié de ce secret par l'article 226-14 du même Code (« l'article 226-13 n'est pas applicable au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises [...] »).

Le signalement au procureur de la République est le seul moyen pour mettre en place une protection judiciaire immédiate d'un enfant en danger.

Il est donc recommandé que les situations de maltraitances, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, fassent l'objet d'un signalement sans délai au procureur de la République.

Il est alors recommandé de procéder à un signalement en urgence, en contactant le procureur de la République du tribunal de grande instance (joignable 24 h/24, coordonnées disponibles auprès de la gendarmerie, de la police nationale [n° d'appel 17]) ou, dans les grandes villes, auprès de la brigade de protection des mineurs.

(Cf. en annexe 3 *Modèle type de signalement*).

Les informations susceptibles d'être légalement partagées doivent être strictement limitées à celles qui sont nécessaires à l'évaluation, à la détermination et à la mise en œuvre d'actions à des fins de protection du mineur.

Hospitalisation

Indépendamment du signalement, en cas de nécessité d'une protection urgente, une hospitalisation est recommandée, éventuellement sous un prétexte médical, afin de protéger le mineur et de réaliser une évaluation médicale, psychologique et sociale, en particulier :

- dans le but de soustraire le mineur à son agresseur présumé ou à son milieu (si l'agresseur présumé est

Recommandation de bonne pratique – Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur – HAS 2011 (53)

toujours au domicile du mineur) ;

- en cas de troubles psychologiques inquiétants du mineur (expression d'idées suicidaires, de fugue, etc.) ;
- si le médecin hésite à signaler par manque d'éléments suffisants.

Pour aider à la décision de l'hospitalisation, il est recommandé, si besoin, de contacter préalablement un médecin hospitalier senior afin de prendre un avis, et d'organiser les modalités d'accueil.

Il est recommandé que le médecin qui a préconisé l'hospitalisation s'assure que le mineur a bien été conduit à l'hôpital.

L'hospitalisation ne peut être imposée aux parents, s'ils refusent cette hospitalisation ou si le médecin constate que le mineur n'a pas été amené à l'hôpital, il est alors recommandé de prévenir le procureur de la République.

Une hospitalisation décidée par le médecin peut être maintenue par le procureur de la République une fois que le signalement lui a été transmis. Le procureur de la République peut rendre alors une OPP (ordonnance de placement provisoire) qui interdit aux parents de faire sortir le mineur de l'hôpital sans l'accord de la justice.

Si le mineur n'est pas hospitalisé

Si le mineur n'est pas en contact permanent avec son agresseur présumé, l'hospitalisation n'est pas recommandée de façon systématique.

Il est alors recommandé, si possible, de :

- prendre conseil auprès d'autres professionnels ayant l'expérience de ces situations de maltraitance sexuelle, tels qu'un médecin pédopsychiatre, un médecin scolaire, un médecin de PMI ou un service hospitalier spécialisé, CMP infanto-juvénile du territoire ;
- mettre en place un suivi rapproché du mineur avec rendez-vous fixé à l'avance : consultations avec une assistante sociale, etc. ;
- conseiller à l'entourage du mineur une éventuelle prise en charge par un psychologue ou un psychiatre, afin d'assurer le soutien du mineur et de la famille : prendre contact auprès des autres médecins qui prennent en charge ou ont pris en charge l'enfant afin de recueillir des informations complémentaires sur le comportement du mineur.

En cas de doute ou de questionnement sur la situation du mineur, avant de réaliser un signalement, il est possible de prendre conseil auprès de professionnels formés à la protection de l'enfance

Il est possible de s'adresser à la cellule départementale de protection de l'enfance ou cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), créée par la loi du 5 mars 2007 au sein de chaque département, qui a pour mission de conseiller et d'assister les professionnels de l'enfance dans les situations où un mineur est en danger ou en risque de danger (négligence, carence, maltraitance, défaut de soins, etc.).

En cas de présomption plus importante, et en fonction du contexte et des moyens dont dispose le praticien selon son lieu d'exercice, il est aussi possible de contacter pour conseil les structures suivantes :

- le procureur de la République du tribunal de grande instance (avis juridique, voire protection du mineur) ;
- les urgences pédiatriques hospitalières et si possible auprès d'un pédiatre senior du service ;
- le Conseil national de l'ordre des médecins ou le conseil départemental.

► **Audition publique - Syndrome du bébé secoué – HAS 2011**

Les suites à donner sont fonction de la probabilité du diagnostic de secouement établi dans un cadre hospitalier.

3.3.2 Expériences étrangères

► **Recommandations du NICE**

Le NICE utilise deux types de recommandations dans sa RBP (49) :

- soit envisager une maltraitance infantile ce qui signifie qu'une maltraitance est une explication possible d'un symptôme ou d'un signe clinique ou fait partie des diagnostics différentiels ;
- soit suspecter une maltraitance infantile, ce qui signifie une vive préoccupation concernant la possibilité d'une maltraitance infantile, mais qui n'en est pas la preuve, et peut conduire à adresser l'enfant aux services de protection de l'enfance.

La démarche à suivre selon le NICE est la suivante (49) :

Étape 1 : Écouter et observer

Les signes d'alerte de maltraitance, isolés ou combinés, peuvent inclure :

- toute explication donnée ;
- une maltraitance rapportée ou révélée par un enfant ou un adolescent ou un tiers ;
- l'apparence de l'enfant ;
- le comportement de l'enfant ou son attitude ;
- des symptômes ;
- des signes physiques ;
- un résultat d'examen ;
- l'interaction entre l'enfant ou l'adolescent et le parent ou la personne qui s'occupe de lui.

Étape 2 : Chercher une explication

Chercher une explication pour toute blessure ou tout recours aux soins à la fois du parent/celui qui s'occupe de l'enfant, et de l'enfant ou de l'adolescent, à moins qu'il ne soit pas possible d'obtenir un récit de l'événement (enfant ou adolescent n'ayant pas un âge développemental suffisant).

Suspecter une maltraitance devant des révélations d'un enfant même si son récit est imprécis. Le professionnel devrait expliquer à l'enfant la nécessité de discuter avec un autre professionnel et le fait qu'ils ne peuvent garder cela confidentiel.

Les signes d'alerte de maltraitance chez un enfant ayant une déficience peuvent aussi être des particularités de la déficience, rendant l'identification d'une maltraitance plus difficile.

Étape 3 : Noter

Noter dans le dossier médical de l'enfant ou de l'adolescent :

- exactement ce que vous observez ou entendez de qui et quand ;
- ce qui, selon vous, est préoccupant.

Étape 4 : Envisager, suspecter ou exclure une maltraitance

ENVISAGER

À n'importe quelle étape de cette démarche, on peut être amené à exclure ou à suspecter une maltraitance.

Si un signe d'alerte (entendu ou observé) vous incite à envisager une maltraitance infantile, rechercher d'autres signes de maltraitance dans les antécédents de l'enfant ou de l'adolescent, son apparence, ou les interactions entre l'enfant et son entourage maintenant ou par le passé.

Puis :

- discuter de vos préoccupations avec un collègue plus expérimenté, un pédiatre, ou un collègue d'un service psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent, ou un professionnel nommé pour la sauvegarde de l'enfant ;
- recueillir des informations collatérales d'autres organismes et de professionnels d'autres disciplines, ayant utilisé leur jugement professionnel pour expliquer la nécessité ou non de recueillir ces informations pour une évaluation globale de l'enfant ;
- s'assurer de revoir l'enfant ou l'adolescent à une date appropriée selon la situation, en faisant attention à l'apparence de celui-ci et à tout autre signe d'alerte.

SUSPECTER

Si un signe d'alerte ou la démarche d'envisager une maltraitance infantile incite un professionnel de santé à suspecter une maltraitance infantile, il lui est recommandé d'adresser l'enfant ou l'adolescent au service de protection de l'enfance, en suivant les procédures du *Local Safeguarding Children Board*.

Ceci peut déclencher une enquête des services de protection de l'enfance, des services de soutien peuvent être offerts à la famille après l'évaluation ou d'autres explications peuvent être identifiées.

EXCLURE

Exclure une maltraitance quand une explication adéquate est trouvée pour les signes d'alerte. Cela peut être une décision suivant une discussion du cas avec un collègue plus expérimenté, ou après le recueil d'information collatérales, ou à une visite suivante si l'on a envisagé une maltraitance infantile.

Annexe 1. Méthode de travail

La méthode d'élaboration de la fiche mémo comporte :

- un travail interne d'identification, de sélection, et d'analyse des recommandations, et revues de la littérature sur le thème suivi de la rédaction d'un document de travail intitulé *Rapport d'élaboration* et d'une première version de la fiche mémo ;
- la constitution d'un groupe de travail composé de représentants des différentes organisations professionnelles, et associations de patients, et d'usagers concernées par le thème. Ce groupe de travail a pour mission de discuter des recommandations ou messages-clés proposés dans la première version de la fiche mémo, ainsi que du rapport d'élaboration ;
- une demande d'avis des parties prenantes (organismes professionnels et associations de patients et d'usagers) sur les propositions de recommandations ou messages-clés de la fiche mémo. Les avis des parties prenantes sont colligés, et insérés dans le rapport d'élaboration ;
- une analyse des commentaires des parties prenantes et la rédaction de la version finale de la fiche mémo.

Au terme du processus, la HAS met en ligne la fiche mémo ainsi que le rapport d'élaboration sur son site (www.has-sante.fr).

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage, et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2008 à juin 2014.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données *Medline* ;
- pour la littérature francophone : la Banque de Données en Santé Publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

La base de données Medline a été interrogée à partir de l'équation de recherche suivante :

(Child Abuse OR Shaken Baby Syndrome)/de OR (((child OR children OR baby OR infant OR newborn OR babies/ti,ab OR Sudden Infant Death/de) AND ((abuse OR maltreatment OR neglect)/ti,ab)) AND (recommendation OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper OR metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematic literature review* OR systematic literature search)/ti OR health planning guidelines/de OR (practice guideline OR guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH OR meta-analysis)/pt OR cochrane database syst rev/so*

► Sites consultés

- *Alberta Medical Association* ;
- *American College of Physicians – ACP* ;
- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine – BIUM ;
- Bibliothèque médicale Lemanissie ;
- *BMJ Clinical Evidence – BMJ CE* ;
- *Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC* ;
- *Canadian Pediatric Society – CPS* ;
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMef ;
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE ;
- CMA Infobase ;
- CISMef ;
- CRD databases ;
- Expertise collective INSERM ;
- *Guideline Advisory Committee – GAC* ;
- *Guidelines and Protocols Advisory Committee – GPAC* ;
- *Guidelines Finder (National Library for Health)* ;
- *Guidelines International Network – GIN* ;
- Haute Autorité de Santé – HAS ;
- *Horizon Scanning* ;
- Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation – INAVEM ;
- *Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI* ;
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé ;
- *National Guideline Clearinghouse – NGC* ;
- *National Health and Medical Research Council – NHMRC* ;
- *National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE* ;
- *New Zealand Guidelines Group – NZGG* ;
- Observatoire National de l'Enfance en Danger – ONED ;
- Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée – ODAS ;

- Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins – CNOM ;
- Organisation mondiale de la santé – OMS
- *Public Health Agency of Canada – Diseases Prevention and Control Guidelines* – PHAC ;
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* – SIGN ;
- *Singapore Ministry of Health* ;
- Société Française de Médecine Générale – SFMG ;
- Société Française de Pédiatrie – SFP ;
- Tripdatabase ;
- *U.S. Preventive Services Task Force* – USPSTF.

► Critères de sélection des articles

La revue systématique de la littérature a été limitée aux publications :

- ayant pour objectif l'étude de la maltraitance infantile ;
- de type :
 - ▶ recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'utilisateurs),
 - ▶ revues systématiques, avec ou sans méta-analyse ;
- population : enfant (< 18 ans) ;
- en français ou anglais ;
- à partir de 2008.

► Résultats

Nombre références identifiées : 315 références.

Nombre de références analysées : 141 références.

Nombre de références retenues : 60 références.

Annexe 3. Sévices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur, et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délie le médecin du secret professionnel, et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception, et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

année :

heure :

L'enfant :

nom :

prénom :

date de naissance (en toutes lettres) :

sexe :

nationalité :

adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.
Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Annexe 4. Commentaires du groupe de lecture

FICHE MÉMO – MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT : REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR

COMMENTAIRES FORME	
Eléments (+)	Eléments (-)
<p>ANDPE : Fiche claire, structurée par des fiches colorées, synthétique et quasi complète, renvoyant à la législation</p> <p>FFPP : La structure du document permet un repérage facile et est logique et pratique – mise à part la réserve faite ci-contre.</p> <p>Éléphant vert : BON.</p> <p>SFPEADA : Les Maltraitements au lieu de Maltraitance.</p> <p>SFPEADA 2 : Clarté et concision. Mais un arbre diagnostique n'aurait-il pas été intéressant ? Proposition concrète de conduite à tenir Insistance sur l'+++ de ce phénomène et son risque de sous-diagnostic, mais manque un bémol sur les risques encourus par une famille accusée à tort.</p> <p>DPJJ : Présentation très claire.</p>	<p>ANDPE : 1/ Vérifier l'harmonisation des formulations de début de phrase, en particulier dans les messages clefs et « vis-à-vis des intervenants ».</p> <p>2/ La place de la plainte douloureuse comme facteur prédictif de sévices, en particulier sexuels est absente. Or, d'une part elle apparaît dans le document qui a servi à l'élaboration de la fiche mémo et, de plus, cette plainte est certainement plus fréquente que ce que mettent en évidence les études.</p> <p>3/ Il est peut-être dommage que les recherches bibliographiques n'aient pas pris en considération les travaux faits chez l'adulte, en particulier en matière de pathologies douloureuses chroniques pour lesquelles on retrouve fréquemment des patients victimes de sévices, et particulièrement de sévices sexuels.</p> <p>4/ Dans l'organisation des situations : mettre le bébé secoué et la mort subite dans la continuité pour traiter ensuite des sévices sexuels.</p> <p>5/ La maltraitance physique reste la situation prédominante.</p> <p>6/ Le seul professionnel de santé cité explicitement est le médecin : il est nécessaire de citer les autres professionnels de santé.</p> <p>7/ Organisation des chapitres peu cohérente. L'examen physique est dans les signes d'alerte. Les signes d'alerte contiennent uniquement les signes comportementaux, et un chapitre entier est consacré aux signes physiques (qui ne seraient pas des signes d'alerte ?). Ou alors faut-il parler de signes d'appel (comportementaux ?) et de signes d'appel (physiques) ? Proposition : Signes d'alerte ; 1. Anamnèse. 2. Comportement de l'enfant. 3. Comportement de l'entourage. 4. Signes physiques évocateurs, etc. Avec les paragraphes tels que J'ajouterais un chapitre nommé « Recommandation de conduite immédiate » avec : 1. Examen physique de l'enfant. 2. Entretien avec l'enfant. 3. Entretien avec l'entourage. Ou alors présenter un processus chronologique de repérage et dépistage : Lorsque, à l'anamnèse, vous repérez les informations suivantes : mettre les signes d'anamnèse ; vous faites un examen clinique attentif qui comporte : indiquer la procédure d'examen clinique ; Vous porterez une attention particulière aux signes suivants : mettre ici les signes physiques évocateurs, etc. ; puis vous évaluez le comportement de l'enfant ; signes à repérer, et celui de l'entourage, signes à repérer.</p>

	<p><u>FFPP</u> : Il est bizarre et incongru de mettre la maltraitance psychologique dans un chapitre « signes physiques », idem pour les négligences.</p> <p>Ne faut-il pas typographiquement faire deux sous-chapitres entre les signes physiques, les signes de négligence et signes de maltraitance psychologique ?</p> <p>D'une façon générale, les signes et repères de souffrances psychiques sont « noyés » dans les autres signes alors qu'ils sont des indicateurs précieux : le bébé apathique nous en dit plus par son comportement que par ce qu'il nous dira de la fracture qui le fait souffrir physiquement, mais qu'il n'a pas de mots pour exprimer. La tentative de suicide adolescente est dans 50 % (voire plus) des cas liée à une problématique sexuelle que l'adolescent n'abordera que si on lui en parle.</p> <p><u>CNP Radiologie</u> : Individualisation nécessaire du rôle majeur de l'imagerie dans le diagnostic de maltraitance chez l'enfant âgé de moins de 2 ans.</p> <p><u>SFPEADA 2</u> : Trop simplificateur, ce qui a simplifier et conduit à ne pas mettre des notions du contexte et des objectifs comme par exemple : la formulation suivante qui change complètement le sens de l'intervention : Dans le bébé secoué on a : Faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant. Alors que dans le rapport on trouve une formule beaucoup plus explicative.</p> <p>Il est indispensable d'essayer de leur faire comprendre qu'il ne s'agit pas de les dénoncer, mais de dénoncer une situation de danger et de protéger leur enfant.</p> <p><u>DFPE</u> : Vous n'abordez pas la grossesse de mineures : sur le terrain se pose souvent la question du signalement systématique ou non avant 15 ans et quand les parents sont au courant et accompagnent, quand le jeune fille souhaite le garder... ce sont de nombreuses questions.</p> <p><u>CMG</u> : Il serait utile de rappeler que le médecin, outre le signalement, au substitut du procureur de la République (dans le cas des mineurs), est amené à rédiger un certificat médical et à délivrer une ITT éventuelledont il n'est fait aucune mention alors que celle-ci ouvrira des droits à réparation</p>
--	--

COMMENTAIRE GENERAL

CMG :

La cible

Quelle est la cible de la fiche mémo ? Les médecins généralistes ? Tous les médecins ? Les professions de santé ?

Quel est l'objectif recherché ? Décrire ou aider à la prise en charge dans les types de situations ?

Le contexte d'utilisation

Les critères de repérage sont tellement nombreux qu'ils sont difficiles à utiliser dans la vraie vie. Il y a des circonstances très discriminantes, qui nécessitent des stratégies différentes :

- Le petit enfant est amené par ses parents qui apportent une histoire de maltraitance par un tiers. Le cas est assez simple, mais il reste à apprécier le risque de récurrence.
- Le médecin suspecte une maltraitance sans notion sur l'auteur possible. C'est le cas le plus difficile. En parler au parent accompagnant ? Lui dire que l'on fait un signalement ?
- L'enfant ou plus souvent l'adolescent fait une « révélation » en consultation, spontanément ou à la suite d'un ou plusieurs entretiens au cours desquels le médecin a identifié des symptômes comme des troubles du comportement, une

souffrance psychique, des changements de comportement. L'adolescent est encore exposé au risque ou ne l'est plus.

- Le parent qui signale une maltraitance par l'autre parent (le plus souvent dans un contexte de conflit après une séparation). L'enfant est toujours exposé au risque ou ne l'est plus.

Les stratégies seront bien évidemment différentes selon les cas.

À cela s'ajoute la notion de protection urgente pour soustraire l'enfant au risque, et donc la conduite à tenir, le rôle des différents acteurs, et le mode de travail en équipe.

En résumé

Cette fiche mémo nous semble longue, détaillée avec de nombreuses situations, ne permettant pas de repérer l'essentiel. Elle est très clinique, et ne précise pas suffisamment le rôle des différents acteurs. Quelle sera sa réelle utilité ? Et son usage ?

COMMENTAIRES « PREAMBULE »

Commentaires :

ANDPE : Référence à la CIDE appréciée. Bien notifier que le repérage et la prise en charge d'une situation de maltraitance chez l'enfant nécessite un travail d'équipe. Aucun professionnel de santé ne doit rester seul devant une telle situation. Le travail d'équipe et le **travail partenarial** (en réseau) est d'une importance majeure (service de PMI, services hospitaliers, service de protection de l'enfance des Conseils généraux, médecine libérale, etc.).

À la fin, il est indiqué que le but est d'aider au repérage. Il serait nécessaire d'ajouter que cela doit aussi contribuer à aider à la prise de décision et à l'action.

CNP Radiologie : Imagerie majeure dans le diagnostic de maltraitance chez le nourrisson (syndrome de Silverman, syndrome du bébé secoué).

Éléphant vert : À la dernière ligne et à la place du terme « violences chez l'enfant » je propose « violences subies par l'enfant »

SFPEADA 2 : Position simplificatrice ne différencie plus maltraitance et enfant en risque de danger.

CFMU : La phrase : « la fiche mémo....impact sur la santé » est confuse et peu compréhensible. +ponctuation.

DPJJ : Le terme de maltraitance est certes utilisé par tous les acteurs de la protection de l'enfance, y compris les magistrats de l'enfance, mais il n'est pas défini par la loi. Sur le plan pénal, nous trouvons principalement les infractions de violences volontaires et d'agressions sexuelles (avec des circonstances aggravantes, dont par personne ayant autorité et/ou sur mineur de 15 ans). La définition proposée par la HAS s'appuie sur l'article 375 du Code civil sur l'assistance éducative et le repérage du danger, ce qui est problématique, dans la mesure où tout enfant en danger (ou en risque de l'être) n'est pas nécessairement maltraité.

COMMENTAIRES « MESSAGES CLÉS »

Commentaires :

ANDPE : Ajouter : la maltraitance reste sous-évaluée.

Harmoniser la présentation des messages afin que la lecture soit fluide et qu'ils soient plus percutants.

- Le médecin ou tout professionnel de santé doit penser à la maltraitance même devant des signes non spécifiques.
- Le médecin ou tout professionnel de santé n'a pas à être certain...

Le médecin ou tout professionnel de santé ne doit pas rester seul.

FFPP : La maltraitance est une interaction familiale qui conjugue un contexte, des attitudes psychologiques et des actes inappropriés provoquant négligences, blessures ou pathologie émotionnelle : elle n'est donc correctement repérée que par une analyse médico-psycho-sociale. Il faut donc éviter de rester seul face à une situation de maltraitance - ce petit texte devrait être le premier des messages clés

La formulation « Médecin et autre professionnel de santé » la formulation « Professionnel de santé » n'est-elle pas suffisante ?

Le caractère « intrafamilial » de la maltraitance est implicite dans l'ensemble du document : à préciser ? intrafamiliale : plus de 80 % de la maltraitance infantile

Ajouter :

La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La maltraitance non prise en charge donne lieu à 50 à 60 % de récurrence...

La maltraitance est une cause majeure de blocage des apprentissages et du développement de la personnalité chez l'enfant. Est-ce que l'on rappelle d'entrée les numéros verts d'urgence, enfant maltraité, les liens avec le procureur ou autre ?

UFSE : Il faut parler de « maltraitance FAITE à l'enfant » et non pas la maltraitance « DE » l'enfant.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Première ligne ajouter « intrafamiliale » et parler du déni soit la phrase devient : « la maltraitance de l'enfant est le plus souvent intrafamiliale et dans un déni, elle est très fréquente »

deuxième ligne « La maltraitance atteint toutes les classes sociales, elle est plus difficile à détecter dans les classes sociales favorisées »

troisième ligne « y penser systématiquement pour pouvoir faire un diagnostic différentiel » et donner tous les signes bien décrits

quatrième ligne « seuls les signes comptent, c'est au magistrat d'apporter la vérité, pour nous ce sont toujours des « présumées victimes » non

cinquième ligne « savoir partager avec un confrère d'une autre spécialité pour ne pas rester seul avec ses réflexions

Enfance majuscule : S'assurer de créer des liens pluridisciplinaires avant toute situation d'urgence en particulier avec les services hospitaliers comme urgences, pédiatrie, unités violences, etc.

SFPEADA 2 : OK.

API : Alinéa « Le médecin ou un autre professionnel [...], il me paraît indispensable d'affirmer la nécessité d'un bilan complété par l'apport des autres spécialités médicales choisies en fonction de chaque situation en raison des risques d'erreur par omission de pathologies peu fréquemment rencontrées : maladies des os de verre, troubles de la coagulation.

COMMENTAIRES « SITUATIONS ASSOCIEES A UN RISQUE DE MALTRAITANCE DE L'ENFANT »

Commentaires :

AIVI : Chez les parents :

Les situations de **violence dans le couple** augmentent le risque de maltraitance de l'enfant. Elles doivent être clairement recherchées par des questions directes et ouvertes.

Les violences conjugales peuvent augurer des violences sur l'enfant : 10 % des enfants seraient victimes d'inceste par le parent violent (Wildin 1991, Miller 1991, McCloskey 1995).

Les violences conjugales sont une maltraitance pour l'enfant en elles-mêmes. Au Canada, selon les auteurs, 39 % à 95 % des enfants seraient témoins des violences d'un parent envers l'autre (Suderman et Jaffe 1999 ; Lessard et Paradis 2003). Le seul fait de voir les actes violents, de les entendre ou de constater ensuite les blessures est considéré comme une violence psychologique.

Lorsque l'on mesure les violences envers les enfants au cours de violences conjugales, environ 30 % et 40 % des enfants seraient l'objet de violences physiques directes (Sudermann et Jaffe 1999).

La grossesse augmente le risque de violences d'un conjoint/partenaire. On estime aux États-Unis que 3 à 19 % de violences d'un conjoint ont lieu pendant la grossesse (Thackeray 2010).

AFIREM : Antécédents de placement et violences conjugales.

CNOSEF : Chez les parents, rajouter le « burn out lié aux conditions de travail, nombre d'enfant, conditions sociales, relation de couple.

Enfance et partage : Nous pensons qu'il faudrait y rajouter : les grossesses tardivement suivies ou non suivies ; les dénis de grossesse ; les mères qui accouchent sous X et se rétractent ; les enfants adoptés.

ANDPE : Il n'est pas fait état de méthodes éducatives ou de croyances ou positions dogmatiques particulières (on évoque ensuite le refus des vaccinations, les régimes alimentaires).

Périphrase un peu absconse ; est-il trop direct de parler de facteurs de risque ?

Pourquoi le passage d'articles indéfinis à un article indéfini ?

Le jeune âge, la prématurité, des troubles ...

puis le contraire ensuite :

des antécédents ..., des addictions, l'isolement ?

Tout mettre dans la même catégorie ?

FFPP : Le jeune âge en tant que tel peut-il être considéré comme « associé à un risque » ?

Ajouter **pour l'enfant** :

- séparations précoces et répétées durant la prime enfance ;
- enfant né après un deuil ;
- maltraitance antérieure dans la fratrie ;
- absence de suivi médical (PMI) ;
- déscolarisation ou les absences récurrentes non justifiées médicalement (il n'y a pas que les bébés qui sont maltraités) ;
- un ajout « chez l'adolescent » (à partir du collège) ne serait pas inutile : signes dépressifs ; tentative de suicides ; isolement par rapport aux pairs d'âge ; hyper sexualisation des relations ; multiplication des mises en danger.

Parents :

- instabilité conjugale ;
- violences conjugales ;
- Les 2 premiers items à reformuler : - des complications de l'attachement avec le nouveau-né dues à des événements tels que prématurité, hospitalisation néo-natale, dépression du post-partum ; et : - des blessures de l'estime de soi non refermées à la suite de violences ou de sévices endurés.

UFSE : Partie « chez l'enfant » : RAS.

Partie « chez les parents » :

Il ne faut pas parler que de parents. L'enfant peut être victime de maltraitance de tout son entourage proche. Peut-être dire « chez l'adulte » ?

Ajouter également dans la liste des situations associées à un risque de maltraitance : des repères éducatifs pauvres, inexistants ou inadaptés.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Bon ! plus un carnet de santé pas à jour depuis longtemps...

Enfance majuscule : Contexte de carences, violences connues, voire suivies.

SFPEADA 2 : Pour les troubles psychopathologiques à mon avis trop vague et pas vrais.

Certains troubles psychopathologiques seraient une meilleure formulation, mais demanderait de préciser lesquels +++ pour des non-spécialistes.

Enfant bleu : Au niveau des situations à risque pour les parents nous proposons de rajouter :

- des conduites éducatives trop rigides (attention aux parents qui justifient la maltraitance par une vision personnelle de l'éducation ;
- la précarité économique et sociale ;
- l'impossibilité pour une famille de se stabiliser géographiquement : par exemple dans une région, déménagements fréquents, etc. (cf. l'histoire de Marina) --> Ce rajout vient de notre expérience à l'Enfant Bleu.

DPJJ : Proposition : Ajouter que cette liste n'est ni restrictive, ni exhaustive. Il peut y avoir d'autres situations associées à des cas de maltraitance.

API : Parmi les situations concernant les parents, les trois dernières : addictions, isolement social et moral, et les troubles psychopathologiques composent des cohortes de familles déjà placées sous le regard des organismes de protection de l'enfance, ce qui a pour conséquence des opportunités plus fréquentes de repérage, et constitue probablement un biais statistique. Cela rejoint la question de la couleur évoquée dans les travaux aux États-Unis.

SFPédiatrie : Rajouter en dernière ligne : l'absence de ces facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

CMG : Rajouter : § *Chez les parents* : la violence conjugale et grossesse non surveillée.

COMMENTAIRES « SIGNES D'ALERTE DE MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT »

Paragraphe Anamnèse »

Commentaires :

AFIREM : après accidents domestiques, des lésions traumatiques non explicitées

Enfance et partage : « en cas de pleurs [...] » : cette préconisation nous semble peu précise et de ce fait ambiguë.
« des faits de maltraitance révélés par un enfant [...] » : en cas de révélations, la maltraitance n'est pas à évoquer, mais à signaler.

Nous pensons qu'il faudrait rajouter la notion de nomadisme médical.

ANDPE : Les pleurs sont fréquents et inconsolables.

Préférer les formulations par un substantif plutôt qu'un verbe dans le paragraphe :
dans comportement de l'entourage vis-à-vis des intervenants :

- minimisation banalisation contestation des symptômes ;
- dénigrement ou accusation de l'enfant ;
- refus, etc. ;
- attitude, etc.

Chez le nourrisson, une maltraitance peut être évoquée en cas de pleurs dits « inconsolables », mais également en présence d'un jeune nourrisson trop sage qui ne prend pas de poids et qu'on finit par « oublier ».

Pour l'enfant plus grand, penser à signaler les enfants non éduqués, à la socialisation chaotique, non scolarisés ou faisant preuve d'un absentéisme scolaire avéré et/ou répété.

FFPP : En fonction d'événements rapportés de la petite enfance.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Bon ! Plus un carnet de santé pas à jour depuis longtemps...

SFPEADA 2 : OK.

API : Les pleurs des nourrissons sont assez souvent considérés comme inconsolables par de nombreux parents persuadés qu'un bébé ne pleure que s'il ne va pas bien, ignorants du fait que les pleurs sont le seul langage possible pendant plusieurs mois. Donc nécessité d'insister sur un diagnostic précis des modalités de ces pleurs, et surtout élimination de toute cause de malaise somatique (coliques normales postnatales, régurgitations gastriques, etc. très fréquemment ignorées).

CMG : § À tout âge : fugues, conduites à risque.

Paragraphe « Examen physique »

Commentaires :

AIVI : **Les troubles gastro-intestinaux** : La plus importante étude mondiale, réalisée sur les troubles gastro-intestinaux inexplicables des enfants, révèle une association significative entre les violences sexuelles, psychologiques, physiques et les douleurs abdominales, nausées et vomissements. Des résultats utiles pour dépister et soigner les enfants et adultes victimes dans l'enfance.

Dans 91 % des cas, les violences sexuelles ont précédé ou coïncidé avec l'apparition de douleurs abdominales. [Miranda A. L. van Tilburg](#), PhD, [Desmond K. Runyan](#), MD, DrPH, [Adam J. Zolotor](#), MD, MPH, [J. Christopher Graham](#), PhD, [Howard Dubowitz](#), MD, MS, [Alan J. Litrownik](#), PhD, [Emalee Flaherty](#), MD, [Denesh K. Chitkara](#), MD and [William E. Whitehead](#), PhD
Article sur : <http://aivi.org/fr/vous-informer/consequences-de-linceste/sur-les-enfants/2391-troubles-gastro-intestinaux-inexplicables-et-maltraitance.html>.

ANDPE : Voir plus haut, la forme.

Rupture de logique entre le repérage de signes qui est coupé par la manière de conduire l'examen clinique, puis à nouveau le repérage de signes comportementaux et ensuite les signes physiques.

FFPP : Qu'est-ce qu'un « examen clinique complet » ? Tient-il compte de l'entretien clinique psychologique, de sa méthode

et de son analyse ?

Un commentaire à ajouter pour « l'enfant dévêtu ». D'habitude, les enfants n'ont pas de réticence à se dévêtir devant le médecin. Or, les enfants maltraités peuvent en avoir, en raison du sentiment que certaines atteintes du corps ne devraient pas être vues par un tiers. Il convient d'exercer une prudence, voire reformuler quelque chose autour de ce problème de la honte (cf. également le protocole d'Istanbul).

CNP Radiologie : OK

Éléphant vert : Pas d'examen gynécologique si ce n'est par un spécialiste !

La parole de l'examineur doit précéder les gestes pour ne pas renouveler un traumatisme de la violence subie. L'enfant doit être dévêtu en 2 temps, d'abord le haut qu'il remet, puis le pantalon, etc. Tout cela avec des paroles respectueuses et pas devant 10 étudiants.

Observer l'enfant avant de lui faire ouvrir la bouche, hypersécrétion salivaire et doigts enfouis dans la bouche. Pour l'examen de la bouche, il est important de chercher des pétéchies sur le fond de la gorge près de la luette.

Demander des examens complémentaires non envahissants comme une analyse d'urine sans sonde !

SFPEADA 2 : Manque les précisions sur dans quel esprit doit se faire l'examen : mise en confiance de l'enfant, certes recherche de tous les signes évoqués, mais dans l'idée d'une construction diagnostique non d'une vérification corporelle.

Paragraphe « Comportement et état émotionnel de l'enfant »

Commentaires :

CNOSE : Comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, apathie, aphasie, à ajouter.
J'ajouterais également de prêter attention au vocabulaire que l'enfant utilise.

ANDPE : Les modes d'accueil (crèche, assistante maternelle, etc.) doivent aussi être un lieu de repérage. Important pour attirer aussi l'attention des professionnels qui y travaillent

Il faut développer le chapitre relatif au comportement et l'état émotionnel du **nourrisson** en situation de maltraitance, de négligence grave ou de prise en soins inadaptée. Développer un chapitre sur les conséquences comportementales faisant suite à la non création des liens d'attachement

A la dernière ligne, labilité ? instabilité ?

FFPP : « besoin » presque compulsif de regarder des films ou jeux violents, d'horreur ou avec des scènes hard de sexes ;

- trouble massif de l'estime de soi, dévalorisation, manque de confiance, envie de rien. Les émotions, les états seconds, impression d'être déconnecté, trouble de l'attention et de la concentration, impression d'entendre des voix ;
 - troubles (anxieux, panique, phobique) qui se répètent. ;
 - mises en danger, les conduites à risques, les prises de toxiques, etc. ;
 - bobos, accidents, « manque de soin de soi » ; l'auto-agressivité ;
 - manques d'hygiène ;
 - violences sur autrui ;
 - gestes de protection corporelle inadaptés à la situation ;
 - rire immotivés ;
- manifestations de stress diverses : troubles du sommeil notables et répétés, cauchemars à répétition, accès de colère notables, survenue de phobies, grincements des dents difficilement contrôlables, tics divers, soucis exagérés pour soi ou les autres, discours suicidaires, désespoir, troubles de la concentration répétés et notables, oublis notables et répétés, hypervigilance, évitements.

UFSE : Ajouter :

Difficultés d'endormissement, réveils nocturnes.

Appétit de l'enfant.

CNP Radiologie : OK

Éléphant vert : L'aspect craintif doit disparaître si l'examineur a pris un temps de paroles sinon isolément et au début de la rencontre, il est normal.

La recherche de contact physique est importante à signifier.

Un enfant traumatisé est toujours dans un état émotionnel disparate, il est important de dialoguer avec l'adulte accompagnant au regard du comportement habituel de l'enfant.

SFPEADA : Dissociation posttraumatique de l'identité.

SFPEADA 2 : OK.

Enfant bleu : Dans la sous-partie « comportement et état émotionnel de l'enfant » :
- changement brusque de comportement.

API : Les difficultés des enfants quelles qu'en soit la nature s'expriment à partir des moyens dont disposent les enfants : la vie du corps pour les tout petits, la socialisation et les apprentissages pour les 5-12 ans, les troubles du comportement, conduites addictives, fugues, suicides, etc. à l'adolescence. C'est toute la symptomatologie pédopsychiatrique qui peut apparaître. L'existence « **d'une explication claire** » citée dans ce paragraphe risque de donner lieu à des alertes, voire des signalements abusifs qui encombreront les services déjà surchargées, si un bilan très complet du contexte et de l'état de l'enfant n'est pas établi devant un changement de comportement.

CMG : comportement d'auto-agressivité.

Paragraphe « Comportement de l'entourage »

Commentaires :

AFIREM : absence d'empathie à l'égard de l'enfant

ANDPE : Ce qui attire l'attention, c'est un entourage en décalage par excès ou par défaut avec les besoins de l'enfant, l'état physique, l'état émotionnel et le comportement de l'enfant.

Plus que le refus des vaccinations obligatoires, les professionnels de santé ne doivent pas hésiter à signaler les refus de soins pouvant entraîner un réel inconfort pour l'enfant (galle et pédiculose à répétition). Ces refus de soins pouvant trouver leur origine dans les situations socio-économiques difficiles des familles.

Préférer les formulations par un substantif plutôt qu'un verbe dans le paragraphe :

dans comportement de l'entourage vis-à-vis des intervenants :

- minimisation banalisation contestation des ;
- dénigrement ou accusation de l'enfant ;
- refus, etc.
- attitude.

FFPP : Évitements, fuite, déménagements réguliers, retards réguliers dans les soins, ou au contraire trop adhésion aux soignants ;

- parents en état lourd d'ébriété ou sous toxiques (cet état peut infléchir le discours du parent, et être source de violences non conscientisées par l'un ou l'autre des parents),
- incohérence des propos entre les parents.

Enfant habillé en trop grande ou trop petite taille.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Parent n'ayant pas les bras ouverts pour protéger son enfant, et ne parlant pas à l'enfant et ne lui permettant pas de faire confiance à l'examinateur.

SFPEADA 2 : OK bien décrit.

CFMU : Dernière phrase « avoir une » semble de trop.

CMG : grossesse non désirée, non surveillée.

Paragraphe « Entretien avec l'enfant et son entourage »

Commentaires :

AFIREM : Après « sans porter de jugement », il est nécessaire de signifier le caractère non accidentel des lésions auprès

de l'enfant et des parents quand le diagnostic le permet.

CNOSF : Entretien avec l'enfant en retranscrivant mot pour mot ses propos entre guillemets.

ANDPE : De la même manière que l'examen physique est décrit, il pourrait être utile de citer quelques pistes pour l'entretien avec l'enfant et avec l'adulte de qui l'accompagne.

C'est en effet la partie la plus difficile.

Est-ce qu'il peut être conseillé de faire raconter à l'enfant et aux adultes la journée de la veille par exemple ?

FFPP : Dans une approche maîtrisée, la reformulation des propos peut, si elle n'est ni systématique ni employée abusivement, aider l'enfant à faciliter son expression.

UFSE : Ajouter :

« vis-à-vis de l'enfant :

- Un comportement inadapté compte tenu de l'âge et du niveau d'autonomie de l'enfant ».

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Entretien seul, même à 3 ou 4 ans, doit se faire dans le jeu. **Le jeu est vital** pour l'enfant, s'il refuse de jouer, de dessiner, de colorier c'est un signe négatif. **Le dessin**, le gribouillage est un moyen supplémentaire de communication et une libération partielle de la souffrance de l'enfant. La lecture du dessin est très instructive, et vient compléter sa parole et le récit de l'adulte.

SFPEADA 2 : OK.

DPJJ : Nous proposons d'ajouter la possibilité pour les soignants de se mettre en lien avec l'entourage au sens large de l'enfant : contact téléphonique avec la PMI où la famille peut être connue, avec une assistante sociale en milieu scolaire ou avec la crèche...Face à une situation de maltraitance présumée et non encore avérée, il est absolument nécessaire de travail en réseau.

Remarque : Dans tous les travaux sur le repérage de la maltraitance, y compris ceux initiés par la DPJJ en 2011 et 2012, une recommandation de bonne pratique est récurrente : c'est celle de la nécessaire articulation entre les acteurs. Car des enfants ne sont pas repérés comme étant en danger et nos interventions respectives arrivent trop tard ou tout simplement ne sont pas suffisamment coordonnées (Cas de l'affaire Marina).

API : Le comportement intrusif est aussi rencontré dans les situations de relations fusionnelles (symbiotiques) parent-enfant qui relèvent de la psychopathologie.

La minimisation, banalisation, contestation des symptômes et paroles de l'enfant sont monnaie courante dans les cas où les enfants présentent des troubles du développement de quelque nature possible, car les familles sont blessées. La maltraitance est loin d'être le soubassement le plus fréquent de cette attitude parentale.

CMG : Entretien avec l'enfant : en...lui montrant qu'on croit sa parole.

Paragraphe « Notes dans le dossier médical et le carnet de santé »

Commentaires :

AFIREM : La consultation du carnet de santé renseigne sur les antécédents de lésions traumatiques ou éléments de négligence

ANDPE : On voit bien ici que le problème des « traces écrites » n'est pas réglé.

D'abord, il semble dépassé de parler de dossier « médical » ; il faudrait enfin parler de « dossier patient » même si, à certains moments, il n'existe que la partie médicale. OK.

Et, dans le carnet de santé, il y a un fort risque de ne jamais faire état de troubles du comportement qui ne peuvent être mis en lien avec une pathologie.

Et un des gros problèmes, c'est la communication du dossier lorsque l'enfant change de médecin, de centre de PMI qui entraîne des ruptures de continuité dans la prise en charge liées à des non transmissions d'informations.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Bien, pas de pollution des mots de l'enfant reçu seul !

SFPEADA 2 : OK.

CMG : dossier médical : schéma des lésions constatées.

COMMENTAIRES « SIGNES PHYSIQUES EVOCATEURS DE MALTRAITANCE »

Paragraphe « Ecchymoses »

Commentaires :

CNP Radiologie : Ajouter « en zones de prise thoracique, sous les aisselles, au niveau du cou.. ; Et sur la face chez un nourrisson, derrière les oreilles » (cf. Pierce Pediatrics 2010, article de référence +++).

Localisations T E N (*torso, ear and neck*) très évocatrices chez un nourrisson de moins de 4 mois.

Éléphant vert : Bien, cela me convient !!

SFPEADA 2 : OK.

API : Attention+++ au diagnostic différentiel. Cette notion existe bien dans le rapport d'élaboration, mais pas ici. Plusieurs familles ont été gravement traumatisées, avec des effets délétères sur le développement de leurs enfants faute d'avoir pris le temps de penser aux diagnostics différentiels. Ici, penser en particulier aux affections sanguines qui se caractérisent par des troubles de la coagulation.

Paragraphe « Brûlures »

Commentaires :

AFIREM : Brûlures des poignets et des chevilles (contention par liens).

Remplacer par un sous-paragraphe supplémentaire : **Plaies** : plaie par striction des poignets, des chevilles (contention par liens), plaie par arme tranchante. **Griffures**.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Brûlures diffuses, par coup de soleil, enfant laissé au soleil sans protection : chapeau, crème, vêtement (je suis dans le Sud : bord de mer).

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Morsures »

Commentaires :

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Elles sont souvent dans le dos, si elles ont été faites par un autre enfant en classe, etc.

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Lésions viscérales »

Commentaires :

AFIREM : Ventre douloureux, syndrome occlusif, hématurie.

CNOSF : plus de précision sur ce paragraphe, la pâleur peut être évocatrice de beaucoup de chose.

CNP Radiologie : Ajouter sans traumatisme rapporté.

Diagnostic en échographie abdominale (cf. recommandations en vigueur devant une suspicion de maltraitance).

SFPEADA : Un examen médical complet implique de vérifier toutes les muqueuses de l'enfant.

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Fractures »

Commentaires :

AFIREM : Supprimer chez le nourrisson « les fractures du sternum » et « les fractures des extrémités ».

Ajouter chez le nourrisson « fractures multiples d'âges différents, fractures métaphysaires (petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion), décollements périostés avec hématomes sous périostés.

À tout âge, supprimer fractures métaphysaires [...] et réactions périostées [...].

Ajouter aux fractures complexes du crâne « fractures en étoile et embarrure ».

CNP Radiologie : Ce paragraphe doit être isolé dans un paragraphe dédié à l'imagerie. En effet, la majorité des fractures n'a aucune traduction clinique, et se découvrent sur les radiographies du squelette faites dans les conditions techniques recommandées devant toute suspicion de maltraitance de l'enfant, surtout chez le nourrisson âgé de moins de 2 ans.

Les recommandations en vigueur pour l'imagerie figurent dans l'ouvrage cité en référence du texte complet (*Maltraitance chez l'enfant*, Rey-Salmon et Adamsbaum, Éd Lavoisier, 2013) et sur le site de la Société Francophone d'Imagerie Pédiatrique et Périnatale.

www.sfip-radiopediatrie.org

Éléphant vert : Ne pas oublier la maladie des os de verre dans sa forme bénigne.

SFPEADA 2 : OK.

API : Même commentaire que pour les ecchymoses. Ici, penser en particulier à la maladie des os de verre.

Paragraphe « Association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.) »

Commentaires :

FFPP : Ajouter un paragraphe relatif aux maladies alléguées (cf. *Syndrome de Münchhausen par procuration*).

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Horrible.

SFPEADA 2 : Très +++.

CMG : intoxication (médicaments, alcool, etc.).

Paragraphe « Négligences lourdes »

Commentaires :

ANDPE : Ce paragraphe ne correspond pas au titre du chapitre *Signes physiques évocateurs de maltraitance*.

Ici, contrairement aux paragraphes précédents, le médecin dispose de peu d'éléments lui permettant de considérer qu'il y a maltraitance cela mériterait d'être développé.

La négligence peut aussi porter sur les rythmes de l'enfant (éveil avec activités adaptés à l'âge de l'enfant et sommeil) ou sur le respect des recommandations des modes de couchage des jeunes nourrissons.

UFSE : Le terme « dommage » nous semble inadapté. Nous parlerions plutôt de blessure ou symptômes.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Enfant dont le poids ne correspond pas à son âge dont les parents disent qu'il est anorexique, etc. Fausse anorexie.

SFPEADA 2 : À préciser paragraphe insuffisamment précis : cette formulation du rapport est bien meilleure : _ 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 psycho-social, ou encore, pour des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non dispensation de ces soins.

Les violences psychologiques et les négligences lourdes ne peuvent être qualifiées que par leurs caractères de gravité, tant par les comportements extrêmes dont l'enfant est la cible, que par la gravité de leurs conséquences sur son développement ultérieur.

Paragraphe « Maltraitance psychologique »

Commentaires :

AFIREM : troubles des interactions précoces, troubles de l'attachement, carences affectives. Distorsions et discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, enfant témoin des violences conjugales

Chez le nourrisson : évitement du regard, apathie, attitude figée, agitation, tics de balancement diurnes, troubles du sommeil.

Chez l'enfant plus grand et adolescent : isolement, repli sur soi, tristesse, troubles des conduites alimentaires, fugues, TS, hétéro et/ou auto-agressivité (scarifications), troubles du sommeil.

ANDPE : Idem précédemment

Serait-il judicieux de regrouper ces deux derniers paragraphes dans un chapitre intitulé :

Les différentes formes de maltraitance ?

De plus, les deux lignes ne disent pas la même chose.

La première parle de clinique.

La deuxième de causes.

La clinique chez l'enfant pourrait être dépression ou hyperactivité, échec scolaire, troubles du sommeil, mal-être général inexplicé, etc.

Dans ce paragraphe, il s'agit, dans l'état actuel, de la description de ce que c'est, mais pas du tout de la manière dont le professionnel peut aller chercher l'information. Comme pour les négligences lourdes, il semble qu'il faille étayer un peu les recommandations. Or, on sait que c'est dans ce type de maltraitance que l'entourage est le moins performant. Par exemple, il n'y a rien sur la question de la plainte, des douleurs inexplicées.

Il y a peu de chances que le praticien soit témoin d'humiliations répétées, d'exigences excessives, d'insultes, etc.

Cela signifie qu'il va falloir plutôt observer, et écouter l'enfant.

FFPP : La « maltraitance psychologique » ne devrait pas figurer dans l'encadré intitulé « Signes physiques [...] ». Il serait recommandé de détacher cet item pour l'intégrer dans un onglet dédié, et plus détaillé de signes cliniques. Ce paragraphe apparaît nettement sous-exploité compte tenu de son importance.

Préciser pour troubles de l'attachement : évitement de la relation, repli majeur, évitement du regard, mutisme, etc.

À tout âge : isolement social, conduites à risque, etc.

À tout âge : menaces pour l'intégrité physique de l'enfant ou de mort ; exigences paradoxales à répétition (les exigences paradoxales étant un mode de communication provoquant le clivage psychologique).

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : Enfant regardant à coté, avec un regard permanant en errance, etc.

SFPEADA : La notion d'emprise est peu acceptée par la Cour européenne.

SFPEADA 2 : À préciser paragraphe insuffisamment précis : cette formulation du rapport est bien meilleure : par violences psychologiques graves, on entend l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. Ses effets principaux s'évaluent le plus souvent en termes de troubles des conduites sociales et du comportement, mais aussi de sentiments d'auto-dépréciation.

Enfant bleu : Dernière sous-partie « maltraitance psychologique » : Pour le nourrisson sont précisées les conséquences de la maltraitance (auxquelles pourraient se rajouter également l'anorexie du nourrisson parfois méconnue), alors que pour le Tout âge, les « humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise » relèvent davantage de causes de maltraitance (ou d'exemple de maltraitance psychologique).

DPJJ : Il serait nécessaire d'étayer ce point. Le repérage de violences psychologiques est probablement le plus difficile à faire sur le plan clinique, et il est difficile de les réduire à deux possibilités.

API : Ce paragraphe soulève la question de la place accordée à l'intentionnalité dans le domaine de la maltraitance. Les effets des troubles psychiques des parents sur le développement de leurs enfants sont un sujet de préoccupation constant. Néanmoins, ils ne sont pas inéluctables, et nombre d'enfants élevés par une mère atteinte, par exemple, de dépression, y compris psychotique, sont devenus des adultes parfaitement intégrés. Par ailleurs, le dispositif mis en place pour les auteurs de maltraitance laisse peu de place aux soins que nécessitent leurs difficultés psychiques. Peut-on envisager de sanctionner des personnes pour leurs problèmes de santé ? Pour moi la réponse est négative.

COMMENTAIRES « DECISIONS POSSIBLES POUR PROTEGER L'ENFANT »

Commentaires :

AFIREM : À la fin du § **quelques règles de base** : quel que soit l'âge de l'enfant lorsque la situation nécessite une observation et une évaluation pluridisciplinaire et continue à distancer du milieu familial.

§ **En dehors des situations d'urgence** : enlever la parenthèse autour de (et en risque de danger).

Et supprimer les situations d'enfant en risque de danger pour le remplacer par « Elles relèvent de la compétence du Conseil général ».

CNOM : Il y a un mélange entre l'enfant en danger et en risque de l'être Tout d'abord les articles du Code de déontologie sont R. 4127-43 et R. 4127-44 du CSP .En situation d'urgence, il ne faut pas informer les parents du signalement. En revanche, lors d'une information préoccupante, oui ! En dehors des situations d'urgence, on considère que l'enfant est en risque et non qu'il existe des maltraitements évidentes. Là, les réflexions doivent être pluridisciplinaires. Devant un enfant en danger, ON SIGNALE !!!

CNOSF : Le médecin est tenu de protéger : plus généralement « le professionnel de santé » d'autant que l'entretien prénatal précoce est souvent réalisé par une sage-femme

Enfance et partage : Lorsqu'une infraction pénale a été commise (« agressions sexuelles ») : Nous pensons qu'il faudrait rajouter soit des points de suspension, soit violences physiques graves, car il ne faut pas laisser penser qu'une infraction pénale n'est constituée qu'en cas d'agressions sexuelles.

ANDPE : Seul le médecin est cité !

Si cette recommandation n'est qu'à l'usage des médecins, c'est insuffisant.

Il faut qu'elle soit diffusée à toutes les personnes en situation d'observation clinique de l'enfant, avant tout les puéricultrices et les sages-femmes qui peuvent dépister une vulnérabilité maternelle (ex : même en crèche, la puéricultrice peut également être amenée à faire ce dépistage).

Réseau : en particulier la PMI qui a la responsabilité de la santé de tous les enfants confiés à l'ASE, et sous-entendu, de tous ceux qui sont susceptibles de relever de la protection de l'enfance

Dans le paragraphe « quelques règles de base » c'est un peu confus.

Il y est question de l'avant naissance, cette phrase devrait se trouver ailleurs.

Quant au premier point, il devrait être mis en exergue pour l'ensemble du chapitre.

Modifier « le médecin est tenu de protéger l'enfant » par « les professionnels de la santé sont tenus de protéger l'enfant ».

FFPP : Quelques règles de base §1 : Le médecin est tenu de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'enfant lorsqu'il discerne dans l'exercice de ses fonctions des sévices ou des privations chez celui-ci et §3 : Il existe des situations de danger manifeste où l'hospitalisation immédiate est nécessaire : En dehors des situations d'urgence : §1 : Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger (et en risque de danger), les réflexions et les décisions sont organisées et prises de manière collégiale (notamment à travers le travail en réseau). §3 : La CRIP tient également un rôle de conseil auprès des professionnels sur les conduites à tenir face au risque de danger encouru par l'enfant
Commentaires : 1) QUELQUES RÈGLES DE BASE : Possibilité pertinente d'orientation vers un psychologue du centre de soin afin de s'assurer du bon repérage des « facteurs de vulnérabilité psychoaffective » cités. Des outils d'observation et d'analyse propres au psychologue existent et peuvent être aidants pour l'équipe de soin ou le professionnel en face de la situation concernée.

Aussi, *quid* du cas où l'infraction pénale a été commise mais est ancienne et que le contexte de maltraitance n'est plus actuel ? L'hospitalisation immédiate, donc non concertée et réfléchie, est-elle ici nécessaire ?

UFSE : Partie « avant la naissance » :

Ajouter – orientations dans des centres spécialisés en accompagnement à la parentalité,
- Orientations vers les PMI.

Partie « il existe des situations où l'hospitalisation est nécessaire » :
« lorsqu'une infraction pénale a été commise (agressions sexuelles) »

Il faut nuancer, car les maltraitements physiques (ex : coups) sont des infractions pénales.

Nous proposons : « lorsque les maltraitements sur l'enfant sont d'une gravité telle que l'enfant doit être immédiatement protégé (ex : agressions sexuelles).

Partie « en dehors des situations d'urgence » :

Ajouter :

La CUMP (cellule d'urgence médico psychologique) qui assure la prise en charge des victimes de traumatisme.

Éléphant vert : En situation d'urgence, les lieux **UMJ** avec les psychologues en accompagnement me semblent bien indiqués. En situation moins dramatique le **service de pédiatrie** est un lieu très utile.

Pour l'info au procureur, le courriel et pièces jointes est rapide.

Pour des situations en dehors de l'urgence médicale :

Le travail en équipe d'abord, à l'association l'« Éléphant vert », l'accueil est multidisciplinaire adapté à l'histoire de l'enfant et à sa famille : médecin expert, psychologue clinicienne, psychothérapeute, avocat en complément.

Dans un second temps, information au procureur et information préoccupante aux services du CG.

Enfance majuscule : L'hospitalisation de protection et **d'observation** peut être une solution en cas d'urgence, de week-end, etc. **sans** sortie prescrite en l'absence d'un contact avec le procureur.

SFPEADA : L'appel au 119 (le seul qui pourrait fonctionner la nuit) est manquant, et n'apparaît pas non plus dans RBP HAS *Repérage et signalement de l'inceste* de 2011. C'est regrettable. Parfois il est très difficile pour un médecin des « petits pays » de pouvoir se mettre en lien avec la CRIP régionale. Le 119 est national.

Après le repérage la conduite à tenir pourrait également signifier se mettre en lien avec le réseau de psy, psychologues et psychothérapeutes pouvant soutenir et traiter l'enfant et sa famille ?

SFPEADA 2 : OK.

CFMU : Avant la naissance : sociale, psycho affective féminin ou masculin ?
prévenir l'hôpital : le médecin de l'hôpital.

DPJJ : Dans l'item « en situation d'urgence »

Concernant le « risque médical important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec agresseur potentiel au domicile de l'enfant) » : ce cas de figure est le plus complexe dans la mesure où c'est justement ce type de situation qui a besoin d'être évalué de façon fine, et nécessite un regard pluridisciplinaire. Il faut sans doute attirer l'attention des professionnels de santé sur le fait que le signalement au procureur de la République en urgence n'a de sens que si aucune évaluation par les services sociaux n'est possible au regard de l'importance du risque médical qui justifierait une intervention judiciaire immédiate.

Dans l'item « hors situation d'urgence », il convient de préciser que le Conseil général est également compétent pour les enfants en danger et pas seulement en risque de danger. La loi de 2007 prévoit l'orientation des informations préoccupantes vers les CRIP d'enfant en danger ou en risque, et reste la voie normale de l'information sur une situation de danger ou de risque de danger. L'item « hors situation d'urgence » nous paraît devoir être placé en premier, compte tenu du fait que c'est la règle, la saisine du procureur de la République devant être l'exception.

API : L'hospitalisation, partout où elle est possible, est évidemment la meilleure solution (sous réserve d'une réelle collaboration de partenariat type le service de Mme Hochard à Lille). Mais elle est loin d'être possible sur tout le territoire national faute de services de pédiatrie de proximité dans de nombreux territoires.

D'autres lieux d'accueil d'urgence doivent pouvoir être mobilisés pour mettre les enfants à l'abri en cas d'urgence : pouponnières, foyers ASE, assistantes maternelles, toujours sur la base du partenariat.

CMG : Articles 434-1 et 226-14 du Code pénal.

COMMENTAIRES « CAS PARTICULIER DU SYNDROME DU BEBE SECOUE »

Paragraphe « Signes orientant vers une atteinte neurologique »

Commentaires :

FFPP : La formulation « une histoire de consommation d'alcool » apparaît inadaptée au style de la fiche et évasive. Dans l'exergue avant le § « Signes orientant vers une atteinte neurologique : 3^e phrase. Cette forme de maltraitance reste toujours insuffisamment identifiée en tant que telle, et se rencontre dans tous les milieux socio-économiques. La consommation excessive d'alcool ou de drogue et des faits de violence familiale constituent des facteurs à risque.

UFSE : Partie « Autres signes » :
- diminution ou altération des capacités de l'enfant.

CNP Radiologie : Introduction : taux de récurrence élevé, citer l'article princeps reposant sur des aveux judiciaires et repris dans les conclusions de l'Audition Publique.

Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C.

[Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking.](#)

Pediatrics. 2010 Sep;126(3).

Ceci souligne la nécessité d'un diagnostic ultraprécoce (dès le moindre doute de secouement chez un nourrisson) qui repose sur le scanner cérébral effectué en urgence.

Éléphant vert : BIEN décrit pour le nourrisson.

SFPEADA 2 : Pour ces signes qui supposent de bien connaître l'état antérieur et qui peuvent être en lien avec des carences ou des problématiques interactives sans maltraitance, c'est plus l'existence associée à d'autres signes ou un refus de la famille de poursuivre l'exploration diagnostique qui pourront alerter.

API : Dans les familles à risque : professionnels très engagés dans leur travail, avec des amplitudes horaires importantes (cadres supérieurs, responsables d'entreprise, universitaires, etc.).

Paragraphe « Signes non spécifiques d'atteinte neurologique »

Commentaires :

ANDPE : Question sur le terme approprié : traumatisme cérébral plutôt que traumatisme crânien.

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Examen clinique »

Commentaires :

CNP Radiologie : Ajouter l'importance de rechercher des ecchymoses aux points de pression thoracique, cou et sous les aisselles (article Pierce Pediatrics 2010 et livre Rey-Salmon et Adamsbaum).

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : Dire qu'il est fondamental.

API : Ici encore, question du diagnostic différentiel avec méningites, syndromes méningés et malformations anatomiques qui affectent la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Paragraphe « Anamnèse »

Commentaires :

CNP Radiologie : Citer scanner cérébral et fond d'œil, pierres angulaires du diagnostic, si possible en milieu pédiatrique.

Éléphant vert : Hématome sous dural, l'intervalle de temps peut aller jusqu' à 15 jours, etc.

SFPEADA 2 : Oui mais...

Histoire de mort(s) non expliquée(s) dans la fratrie. Non déterminant. Peut se voir pour des pathologies récurrentes familiales.

Paragraphe « Conduite à tenir en urgence »

Commentaires :

CNOSF : Ne pas oublier de rendre compte au professionnel de santé, d'une part de l'hospitalisation et d'autre part des mesures prises.

FFPP : Que faire si le bébé n'est pas amené par les parents ? Cela implique alors une conduite supplémentaire à tenir et à détailler dans la fiche. Car pouvant se présenter fréquemment.

L'« intervention para clinique ? » Inclut-elle l'intervention du psychologue ?

UFSE : À la place d'« histoire de morts non expliquées dans la fratrie », parler de « décès non expliqué d'un membre de la fratrie », « les situations d'enfants ».

Éléphant vert : J'ajouterai des examens complémentaires comme radio, scanner.

SFPEADA 2 : OK.

COMMENTAIRES « CAS PARTICULIER DE LA MALTRAITANCE SEXUELLE »

Paragraphe « Le dévoilement du mineur »

Commentaires :

FFPP : Pourquoi passe-t-on soudainement du terme « enfant » au terme « mineur » ? Gardons celui d'enfant.

Pourquoi le choix du terme « dévoilement » ? Dans cette tête de chapitre, il est particulièrement équivoque. - Je propose : Les paroles d'un enfant concernant des faits d'agression sexuelle. Ensuite : §1 : Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et évoqués comme étant terminés.

N'apparaissent pas les cas de figure du harcèlement, des mutilations, de l'exploitation sexuelle, de l'inceste (notion d'intrafamilial).

UFSE : Ajouter dans la définition : « portant atteinte à l'intégrité corporelle et/ou psychique du mineur ».

Éléphant vert : La révélation à 4/ ans est souvent liée à une situation en cours, pour la révélation par des ados ou des jeunes adultes c'est un traumatisme dont ils se souviennent, ils disent à 7/8 ans... Dans ces deux types de cas, une action judiciaire est engagée, elle est un début de la reconstruction de la victime.

Enfance majuscule : Compte tenu de « l'intimité » de la situation, des menaces de tous ordres du coupable à l'enfant, de la notion de secret entre eux, [...] qui d'autre peut dévoiler que l'enfant victime ?, donc une voix contre l'autre. D'où l'importance de la finesse des propos, l'observation complémentaire, l'écoute, etc.

Ne pas nier parce que quelque chose est difficile à comprendre en termes d'enfants, mais chercher à comprendre les propos ou la description en consacrant **le temps nécessaire**.

SFPEADA 2 : Ok, mais préciser important de noter ce qui entraîne la révélation et ce qui accompagne le changement de parole, la rétractation en sachant qu'on ne pourra pour autant avoir une certitude sur la véracité de ce qui est révélé et que ce n'est pas l'objet de la cs, rester dans une attitude d'empathie bienveillante mais neutre.

Là aussi on pourrait ajouter (2011).

En cas de doute ou de questionnement sur la situation du mineur, avant de réaliser un signalement, il est possible de prendre conseil auprès de professionnels formés à la protection de l'enfance.

Il est possible de s'adresser à la cellule départementale de protection de l'enfance ou cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), créée par la loi du 5 mars 2007 au sein de chaque département.

CMG : IST, VIH.

Paragraphe « Signes d'appel »

Commentaires :

AFIREM : Ajouter après les infections urinaires, les IST chez la fille prépubère

§ Comportement du mineur : ajouter à il n'y a pas de manifestations spécifiques, néanmoins certains comportements peuvent être révélateurs : agression sexuelle sur d'autres enfants, comportement sexualisé à l'égard de l'adulte le mettant mal à l'aise, préoccupation sexuelle inadaptée à l'âge, refus de rentrer à la maison, fugues, TS.

CNOM : Le médecin ne doit pas faire d'examen anal ou génital la dernière phrase : présomption de maltraitance sexuelle c'est le signalement AVEC hospitalisation si contact permanent.

Enfance et partage : Comportements du mineur : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle » : nous pensons que cette idée est inexacte, car les mineurs victimes de violences sexuelles ont très souvent un comportement sexué inadapté (ex : masturbation excessive, passage à l'acte, etc.).

ANDPE : Il faut y penser à chaque fois qu'un enfant a des gestes ou des paroles qui sont en décalage avec son développement affectif et sexuel (en particulier au cours des jeux).

Il manque les plaintes répétées pour douleurs « non expliquées » par exemple douleurs abdominales, céphalées qui ne sont pas des signes systématiques d'une pathologie, mais des signes d'appel des adolescents qui obtiennent parfois même des hospitalisations qui leur permettent d'être à l'abri de leur agresseur de façon temporaire.

Si le médecin ne recherche pas adroitement la question de l'abus sexuel, il peut passer à côté pendant longtemps.

FFPP : Aucun des signes d'appel listés dans le cadre n'est caractéristique pour lui-même. Ils acquièrent leur importance nosographique lorsqu'ils s'associent, se répètent dans la durée ou/et ne trouvent pas d'explication rationnelle. Paragraphe 5 *Comportement de l'enfant* : il n'existe pas de manifestation spécifique de la maltraitance sexuelle, compte tenu de la variété avec laquelle les cas se présentent. Toutefois, des attitudes sexualisées d'un enfant (masturbation en public, masturbation compulsive, conduites sexualisées sur soi-même ou un autre enfant, auto-agressions telles que l'introduction d'objets dans le sexe ou l'anus, agressions sexuelles d'autres enfants) sont à comprendre comme signaux d'appels majeurs.

UFSE : Inverser les 2 paragraphes : commencer par la liste des signes évocateurs puis poursuivre en indiquant que ces signes peuvent être évocateurs, etc.

Éléphant vert : Dans les signes généraux j'ajouterai « le mutisme, la perte de l'envie de jouer, etc. ».

S'il existe des signes d'appel dans la sphère génito-anale, je proposerai des examens complémentaires biologiques.

Enfance majuscule : Ne pas oublier à l'inverse un certain perfectionnisme de tenue, d'investissement scolaire.

SFPEADA : Pour les enfants prépubères, il manque les signes spécifiques suivants : masturbation compulsive, comportements sexualisés entre mineurs et vis-à-vis des adultes et agressions sexuelles ou et physiques sur d'autres mineurs.

SFPEADA 2 : OK : on pourrait reprendre.

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle (histoire claire, et/ou examen clinique anormal, et/ou présence d'une IST, histoire très récente) et si le mineur est en contact permanent ou fréquent avec son agresseur (2011).

API : Pour les signes dans la sphère uro-génitale, diagnostic différentiel avec des infections méconnues du tractus urinaire et du tractus digestif.

Paragraphe « Examen psychique »

Commentaires :

FFPP : Ajouter en signes évocateurs mais non spécifiques :

- comportements auto-agressifs ;
- troubles des conduites alimentaires ;

syndrome psycho-traumatique, etc. et aussi une culpabilité et une honte prégnantes.

UFSE : Comportement du mineur.

Au contraire, il peut y avoir des manifestations spécifiques telles qu'une réaction inadaptée au contact physique d'un adulte (ex : se fige lors d'un geste affectueux), une attitude renfermée ou au contraire provocante (voire sexuellement provocante).

Éléphant vert : Insister sur **la dépression**, plus envie de jouer, de sortir, etc.

SFPEADA : L'emprise est une notion à définir (et peu admise par la Cour européenne).

SFPEADA 2 : OK.

API : Penser aux UMJ là où elles existent.

Paragraphe « Examen physique »

Commentaires :

AFIREM : Les situations justifiant un examen en urgence qui ne peuvent se faire qu'en milieu hospitalier :

- médico-judiciaires : ajouter et réaliser les prélèvements nécessaires ;
- médico-chirurgicales : signes somatiques-enlever « ou psychiques sévères ainsi que lésions chirurgicales, perturbations psychologiques aiguës », etc., et ajouter à la place « lésions traumatiques des organes génitaux »

thérapeutiques : prévention HIV, prévention d'une grossesse si pénétration de moins de 72 heures.

CNOSF : Lors de cet examen, il serait souhaitable d'être assisté surtout s'il s'agit d'un mineur.

ANDPE : Rappeler ici que les UMJ ont des manières de faire l'examen génital très respectueuses de l'intimité de l'enfant.

Éléphant vert : L'examen du périnée doit être confié à un gynécologue et, selon l'état des muqueuses, la couleur des sécrétions [...], il fera un prélèvement et il demandera des examens complémentaires.

SFPEADA : À observer impérativement et à transcrire le comportement non verbal de l'enfant lors de l'examen : la position spontanée de l'enfant lors de l'examen ou avant celui-ci ; soit une position gynécologique spontanée et/ou un refus d'accepter l'examen. La fuite du regard lors de l'examen (signe de dissociation psychique transitoire). Ces signes spécifiques n'apparaissent pas non plus dans RBP HAS *Repérage et signalement de l'inceste* de 2011.

Sans lésions : lors de suspicions de pénétration buccale, prélèvement buccal (derrière la canine) à la recherche de traces de sperme.

SFPEADA 2 : OK.

API : Penser aux UMJ là où elles existent.

Souhait que les UMJ soient mieux reliées aux lieux de prise en charge.

COMMENTAIRES « CAS PARTICULIER DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON »

Paragraphe « Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique »

Commentaires :

ANDPE : Conclure sur ce chapitre renforce l'idée que la maltraitance est une cause fréquente de MIN.

Faut-il alerter à ce point ?

Par ailleurs, est-ce que les morts d'enfants (surtout petits) ne sont pas systématiquement prises en charge en milieu hospitalier, très averti de cela.

À rapprocher du bébé secoué ?, et traiter la maltraitance sexuelle après.

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Conduite à tenir par le premier intervenant sur place »

Commentaires :

CNOSF : Prise en charge également de la fratrie.

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : Il serait important de préciser que, dans cette circonstance, il est tout aussi grave de passer à côté d'un diagnostic de maltraitance que de suspecter à tort une maltraitance ; ce qui suppose que l'intervenant en premier doit orienter sa démarche auprès de la famille autour des examens nécessaires à la compréhension d'un drame inexplicable spontanément..

Paragraphe « Quand alerter l'autorité judiciaire ? »

Commentaires :

CNOM : Et le certificat de décès ? mettre obstacle médico-légal ???

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : OK.

Paragraphe « Demande d'autopsie médicale »

Commentaires :

CNOSF : Quelles démarches si refus des parents ? À préciser.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : OK.

COMMENTAIRES « ANNEXE 1 »

Commentaires :

ANDPE : Les annexes complètent bien la fiche.

FFPP : Déontologie médicale mais aussi des psychologues et autres professionnels.

CNP Radiologie : OK.

Éléphant vert : RAS.

SFPEADA 2 : RAS, c'est la loi.

DPJJ : Pas d'observation particulière concernant la reprise d'un article du code civil, si ce n'est que la situation de danger ainsi visée ne recouvre pas la question de la maltraitance, plus restrictive. (cf. observation plus haut).

COMMENTAIRES « ANNEXE 2 »

Commentaires :

CNOSE : Dans l'art. 434-3, il s'agit d'un mineur de « moins de quinze ans », l'art. 226-14, second paragraphe : au médecin « ou professionnel de santé ».

ANDPE : Ce rappel est important parce que souvent l'objet de polémiques dans les équipes.

FFPP : Annexe utile et pertinente.

CNP Radiologie : Ajouter :

- le site de la SFIPP,
- de la SFR,

et le livre *Maltraitance chez l'enfant*, Éd Lavoisier 2013, seul ouvrage multidisciplinaire disponible sur le sujet actuellement.

Éléphant vert : RAS.

Enfance majuscule : Penser aux maltraitances en cas de décès qualifié de « Suicide », en cas de mort dite subite ou accidents domestiques.

S'assurer, en cas d'intime conviction, que l'enfant sera protégé.

Ne pas hésiter à signaler **à nouveau** des faits identiques ou différents, des signes renouvelés ou différents.

Ne pas hésiter à revoir l'enfant.

Ne pas hésiter à proposer des recours possibles. numéros d'urgence, 119 gratuit et non visible sur la facture de téléphone, etc.

Ne pas hésiter à **se documenter** en cas de besoin.

SFPEADA 2 : RAS.

SNMPMI : Je constate qu'à la page 9 (annexe 2), on écrit par erreur au premier paragraphe que le signalement est une obligation légale en invoquant l'article 226-3 du Code pénal.

L'obligation du 223-6 est l'obligation de porter assistance et ce n'est pas la même chose. Il serait bien de mettre en clair le texte de cet article.

L'article 44 du Code de déontologie vient d'ailleurs compléter cette obligation d'assistance en insistant sur la nécessité (et non l'obligation légale) pour le médecin de signaler aux autorités, pour provoquer la protection d'une personne en ayant besoin, etc., sauf circonstances exceptionnelles qu'il apprécie en conscience.

Dans le même registre, et dans un document destiné à des professionnels de santé, mettre en gras au deuxième paragraphe le 434-3 du Code pénal au titre duquel un professionnel de santé soumis au secret professionnel ne peut être poursuivi me paraît erroné. Cela entretient cette idée d'obligation légale, pénale, de signalement.

Faut-il le rappeler : il n'y a pas pour les professionnels de santé d'obligation de signalement, mais possibilité de parler et surtout obligation de porter assistance.

D'ailleurs, pénalement, les peines encourues sont plus graves.

DPJJ : La reprise d'articles du Code pénal et du Code de déontologie sans indiquer leur articulation et leur champ d'application rend particulièrement complexe la compréhension de ce que le personnel de santé doit, peut signaler malgré le

secret médical. Ainsi, il est cité l'article 434-1 du Code pénal dont la limite est le secret professionnel, la question étant de savoir dans quelle situation le secret médical peut ou doit être levé. De même, certains articles sont cités *in extenso*, et pour d'autres, il y est simplement indiqué le contenu. Cette annexe mériterait d'être clarifiée pour être vraiment utile.

Autres commentaires

ANDPE : Il pourrait être envisageable d'augmenter les annexes avec des extraits de la législation se rapportant à d'autres professions de santé. Les infirmiers et infirmiers puériculteurs se réfèrent par exemple à l'art. L. 221-6 du Code de l'action sociale et des familles.

FFPP : Il est difficile de déterminer à qui s'adresse exactement cette fiche : au médecin principalement ? A tous les soignants ? Aux psychologues également ? À toutes les personnes de l'établissement amenés à rencontrer le patient ? Il semble qu'au fil des encadrés, le destinataire de la fiche fluctue (vise parfois exclusivement le médecin, parfois non). L'aspect psychique apparaît globalement peu traité au regard de son importance dans le cas de la maltraitance chez l'enfant.

CNP radiologie : Il convient d'ajouter l'essentiel de l'imagerie et de la faire relire par un radio-pédiatre.

-Technique précise et exhaustive de l'imagerie dès la moindre suspicion de maltraitance, surtout chez un enfant de moins de 2 ans selon les recommandations en vigueur.

-Principaux résultats à affiner :

Les fractures-arrachements métaphysaires n'ont aucune traduction clinique et sont dites « en coin ».

Les fractures du crâne sont sans rapport direct avec les lésions intracérébrales, mais peuvent être associées si un impact a été associé aux secouements.

Les caractéristiques des fractures décrites dans la fiche ne sont pas cliniques mais radiologiques.

Décrire brièvement les hématomes sous duraux caractéristiques du « syndrome du bébé secoué » (cf. Livre Rey-Salmon-Adamsbaum et Audition Publique) et mettre en exergue l'examen précoce du fond d'œil, si possible dans les 24 heures.

Éléphant vert : Pourquoi vous l'appeler « **mort inattendue** », je l'appellerai « mort soudaine » en remplacement de mort subite.

Le mot inattendue sus entend attente !

Enfant bleu : Enfin, à l'image du syndrome du bébé secoué, du cas particulier de la mort inattendue du nourrisson, nous proposons de rajouter un mot sur le syndrome de Münchhausen, qui touche les bébés, mais également les jeunes enfants. Nous avons pensé qu'il pourrait être pertinent d'en parler un peu, étant un syndrome peu connu et amenant des questions complexes de diagnostic au corps médical.

RAPPORT D'ÉLABORATION – MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT : REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR

Commentaires :

AFIREM : Ne jamais rester seul. Trouver un interlocuteur avec qui partager ses interrogations (PMI, CRIP, etc.).

Ne jamais chercher à obtenir des preuves ou des aveux.

Ne pas hésiter à faire hospitaliser l'enfant, en justifiant le besoin d'une évaluation médicale qui permettra de plus une évaluation psychologique et sociale dans un lieu neutre.

ANECAMSP : Nous regrettons globalement que l'accent ne soit pas mis suffisamment sur la prévention des situations à risque dès la grossesse, avec la généralisation de l'entretien prénatal sur tous les territoires et la formation des professionnels qui en sont chargés.

Pour les bébés vulnérables, prématurés ou non, mais présentant ou risquant de présenter précocement des difficultés de développement, faciliter le repérage et les soins en l'absence de diagnostic avéré.

Faciliter les liens et l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Les partenariats existent parfois sur les territoires, mais les ARS devraient être le garant d'un parcours sans faille du bébé à domicile en facilitant l'accès aux PMI, aux modes de garde et aux structures de guidance et de soins (CAMSP, CMP, CMPP, etc.).

Les listes d'attente ou le manque de moyens dans les structures qui ont pour mission la prévention (PMI, CAMSP) ne témoignent pas réellement d'une volonté préventive dans notre pays.

Savoir écouter les besoins des familles est une priorité, mais nécessite que les personnels de proximité soient formés. Le repérage des situations à risque et les besoins exprimés doivent être traités en amont avec des moyens multidisciplinaires et une cohésion territoriale des moyens. La notion de parcours est essentielle.

L'Anecamsp n'a pas, par ailleurs, de remarque à formuler sur ce document riche et qui correspond bien aux

recommandations à diffuser. Merci pour ce travail.

Éléphant vert : Je trouve votre repérage et conduite à tenir, très bien argumentés.

J'ai osé vous donner mon humble avis lié à mes expériences professionnelles (30 ans de dermatologie et 22 ans de réceptions d'enfants traumatisés (dont 10 années en parallèle !) et DIU d'expertise service Médecine légale Montpellier (Mémoire sur la maltraitance)

SFPEADA : « Informer du signalement les parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant ».

Il manque une définition simple de ce qui caractérise « l'intérêt supérieur de l'enfant ».

SFPEADA 2 : Comme tout rapport d'autant de pages, il est davantage nuancé mais qui le lira parmi les professionnels ?

CNAPE : 1° Je me permets d'émettre une suggestion pages 67-68 quant au terme agresseur. Il me semble qu'il faudrait ajouter présumé, ou auteur présumé de la maltraitance.

Argument : la victime dénonce un agresseur, mais il n'est pas à ce moment-là avéré que ce soit lui. Le médecin n'ayant pas à établir qui est l'agresseur, mais l'enquête judiciaire qui s'en suivra, cela peut porter à confusion qui reste factuelle, et rapporte les propos de la victime sans interpréter.

2° Il me semble utile, afin d'ôter les réticences des médecins à signaler, de préciser dans cette recommandation de bonne pratique que le médecin ne dénonce pas une personne mais une situation de maltraitance.

3° Dans cette même recommandation, et page 5 de la fiche mémo (synthèse), je suggère d'indiquer que la CRIP peut être également consultée (notamment si la CRIP bénéficie de l'appui d'un médecin au fait de ces questions).

GIPED : Page 4

Suppression : ~~En 2001, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) a défini l' « enfant en danger » comme un enfant nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Justice (1).~~

~~L'ODAS a proposé de distinguer au sein de l'ensemble des enfants en danger, qui regroupe tous les enfants dont la situation justifie une intervention administrative ou judiciaire, les enfants maltraités et les enfants en risque de danger.~~

~~Par enfant en risque de danger on entend celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.~~

Selon le premier alinéa de l'article 19 de la convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France, les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

La législation française est définie par le Code l'action sociale et des familles et par le Code civil, qui prévoient la protection des enfants en risque de danger, ou en danger ; ce risque ou ce danger portent sur la santé, la sécurité, la moralité, le risque de compromission ou la compromission grave des conditions de son éducation, le risque de compromission ou la compromission grave de son développement physique, affectif, intellectuel et social (art. L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles et art. 375 du Code civil). Les mauvais traitements à l'égard des enfants, qui compromettent ensemble ou séparément leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation et leur développement, sont définis, selon un consensus partagé au niveau international, en quatre grandes catégories, reprises par l'ODAS en 2001.

Suppression : ~~Les violences psychologiques et les négligences lourdes ne peuvent être qualifiées que par leurs caractères de gravité, tant par les comportements extrêmes dont l'enfant est la cible, que par la gravité de leurs conséquences sur son développement ultérieur.~~

Ce commentaire n'est pas recevable, la loi du 5 mars 2007 prévoyant la transmission des informations préoccupantes aux CRIP dès lors « que celles-ci sont relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation et le développement sont compromis ou risquent de l'être » (art. L.226.3 du CASF). « Les services publics ainsi que les établissements publics ou privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être participent au dispositif départemental ». « Toute personne travaillant au sein des organismes qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse copie de cette transmission au président de Conseil général » (art. L. 2226.4). De ce fait, le caractère de gravité est conditionnel à la saisine directe du Parquet, et nullement à celle de la saisine du président du Conseil général au titre de l'enfance en danger ou en risque de l'être.

Page 5

[...] La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

→**Insertion :** Après évaluation, les informations individuelles recueillies par le président de Conseil général font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire (art. L. 226.3 du CASF).

En effet, la loi réformant la protection de l'enfance réserve le terme de signalement à la transmission de faits graves au procureur de la République [...].

Page 9

[...] Le nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance au 31/12/2010-2011 (cf. 9^e Rapport de l'ONED, 2014) était estimé à 273 000 275 000 soit un taux de 19 ‰ des moins de 18 ans (estimation réalisée à partir du croisement des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), avec le [...]).

Page 10

[...] d'obtenir les données chiffrées attendues en raison d'une grande variabilité [...].

[...] En 2012, un danger était évoqué pour 44 419 enfants et 24 079 enfants étaient concernés par une information préoccupante (entretien relatif à une situation d'enfant en danger ou en risque de danger dont un compte rendu est adressé à la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante, CRIP) **des départements concernés** (8) [...].

Page 11

- **Références bibliographiques** : il manque la référence du rapport européen sur la prévention de la maltraitance OMS 2013.

Page 29

- Ce chapitre présente une difficulté de lecture en matière de catégorisation. En effet, le choix n'a pas été clairement établi entre les signes cliniques (physiques, somatiques, psychologiques, sexuels) et la classification internationale par type de mauvais traitements (violences physiques, violences psychologiques, violences sexuelles, carences graves, et exposition aux violences conjugales). De ce fait, cela rend la lecture peu claire, d'autant que certains symptômes cliniques peuvent être transversaux à la catégorisation des maltraitances (état émotionnel, retard de développement, troubles de l'attachement, etc.).

Page 37

Violences conjugales :

Il convient d'ajouter la référence du rapport ONED *Les enfants exposés aux violences conjugales : recherches et pratiques* – 2012.

Observations complémentaires

- **Références bibliographiques à compléter** :

Défenseur des droits – Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseuse des enfants, à M. Alain Grevot, Délégué thématique, sur *L'HISTOIRE DE MARINA* – 30 juin 2014. Revue MT Pédiatrie, *Maltraitance*, numéro coordonné par Dominique Girodet, volume 14, numéro 1 – janvier-février 2011

- **Références juridiques du code de la santé publique (art. 41.27-43 et art. 41.27-44)**

Il apparaît indispensable de faire référence aux obligations de déontologie médicales qui s'imposent aux médecins, à savoir la responsabilité de défenseur de l'intérêt du mineur, dès lors que sa santé est mal comprise ou mal préservée par l'entourage. De même, la nécessité d'initier les mesures à mettre en place pour assurer sa protection. Enfin, son devoir de saisine des autorités administratives et judiciaires s'agissant d'un mineur. Les autorités administratives étant le président du Conseil général, chef de file de la protection de l'enfance sur le territoire départemental, et chargé, conformément au L. 226.3 du CASF, du recueil de toute information préoccupante d'un mineur en danger ou en risque de l'être.

- **Le carnet de santé** : on ne peut que regretter l'absence de référence au carnet de santé comme source d'information et comme indicateur de contexte de la prise en compte des questions de santé par les représentants légaux, en particulier s'agissant d'absence de suivi, de vaccinations, de ruptures de suivi, de nomadisme médical, tout élément qui peut venir conforter les préoccupations éventuelles à l'égard d'un mineur en danger.

DPJJ : - Ajouter un item sur le recueil de la parole de l'enfant en milieu hospitalier (quand il est assez grand pour parler, voire prendre en compte la communication non verbale des nourrissons).

- Encourager chaque année les formations sur ce thème pour l'ensemble des personnels en milieu hospitalier.
- Prendre attache avec les autres ministères, pour mener une action coordonnée et concertée : DPJJ, DACG, DGCS, gendarmerie nationale, police nationale, Éducation nationale, etc.

API : Document intéressant, bien documenté qui pourrait figurer parmi les bases à acquérir dans la formation initiale de tous les professionnels de santé. La première campagne, lancée en 1985, a augmenté la sensibilité des professionnels à ces situations augmentant chiffres du repérage. Il reste beaucoup à faire dans le domaine diagnostic et prise en charge des familles concernées.

Innocence en danger :

Il y a une grande méconnaissance du sujet par les personnes qui ont écrit des choses telles que « il existe peu de maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes enfants » - nous pensons qu'un très grand nombre d'hépatites B et C, d'infections à papilloma virus ne sont pas contractées à l'âge adulte, mais chez les enfants victimes dans l'enfance, et personne n'y fait attention, on cherche désespérément des transfusions, des contamineurs, mais on ne dépiste pas les antécédents d'agressions sexuelles chez les individus, etc.

Références

1. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes Grenoble: Université Joseph Fourier. Faculté de Médecine de Grenoble; 2012.
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/70/85/87/PDF/2012GRE15047_el-hanaoui-atif_hasna_1_D_.pdf
2. Beuchot Malzac V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes biterrois dans la prise en charge : enquête qualitative. [thèse] Montpellier: Université de Montpellier 1; 2011.
3. Greco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : bases pour améliorer la formation [thèse] Kremlin-Bicêtre: Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. ; 2013.
4. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Questions de santé publique 2011(14).
5. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs [lettre]. La lettre de l'Odas 2007.
6. Observatoire national de l'enfance en danger. Enquête nationale Informations Préoccupantes. Paris: ONED; 2011.
http://oned.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf
7. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance danger. Le Bulletin Annuel du SNATED. Paris: SNATED; 2013.
http://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/bulletin_du_snated-annee2012.pdf
8. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Criminalité et délinquance enregistrées en 2011. Paris: ONDRP; 2012.
http://www.inhesj.fr/sites/default/files/ba_2011.pdf
9. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, *et al.* Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta: CDC ; NCIPC; 2008.
http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81.
11. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol* 2013;48(2):81-94.
12. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;16(2):79-101.
13. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;58(3):469-83.
14. World Health Organization, Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, *et al.* European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO; 2013.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
15. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, *et al.* Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;380(9845):899-907.
16. Institute of Medicine, National Research Council. New directions in child abuse and neglect research. Washington: The National Academies Press; 2014.
17. Tursz A, Simmat-Durand L, Gerbouin-Rérolle P, Vellut N, Cook J. Les morts violentes de nourrissons : trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention. Paris: ONED; 2011.
http://www.oned.gouv.fr/system/files/ao/rapport_tursz_a_o2007.pdf

18. Tursz A, Vabres N, Fleury J, Picherot G, Briand-Huchet E, Cook J, *et al.* Maltraitance à la petite enfance [dossier]. *Rev Prat* 2011;61:652-66.
19. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(4):337-40.
20. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl* 2008;32(7):671-81.
21. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, *et al.* Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005;116(3):609-13.
22. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Editions du Seuil; 2010.
23. Jain A, Khoshnood B, Lee KS, Concato J. Injury related infant death: the impact of race and birth weight. *Inj Prev* 2001;7(2):135-40.
24. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *Jama* 2002;288(13):1603-9.
25. Ards SD, Myers SL, Chung C, Malkis A, Hagerty B. Decomposing Black-White differences in child maltreatment. *Child Maltreat* 2003;8(2):112-21.
26. Sinal SH, Petree AR, Herman-Giddens M, Rogers MK, Enand C, Durant RH. Is race or ethnicity a predictive factor in Shaken Baby Syndrome? *Child Abuse Negl* 2000;24(9):1241-6.
27. Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics* 2005;116(2):e174-85.
28. Stewart-Brown SL, Fletcher L, Wadsworth ME. Parent-child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies. *Eur J Public Health* 2005;15(6):640-6.
29. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychol Med* 2005;35(6):881-90.
30. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1997;21(7):617-30.
31. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32(6):607-19.
32. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. Dans: Comparative quantification of health risks. Geneva: WHO; 2004. p. 1851-940.
<http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1851-1940.pdf?ua=1>
33. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001349.
34. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2014;19(5):544-54.
35. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2014;59(2):359-72.
36. Maniglio R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013.
37. Maniglio R. Significance, nature, and direction of the association between child sexual abuse and conduct disorder: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2014.
38. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, *et al.* Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373(9658):167-80.
39. Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. *Evid Based Child Health* 2013;8(2):255-63.

40. National Institute for Health and Care Excellence. When to suspect child maltreatment. Manchester: NICE; 2013.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/guidance-when-to-suspect-child-maltreatment-pdf>
41. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34(8):1072-81.
42. Kemp A, Maguire S, Lumb RC, Harris SM, Mann M. Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: a systematic review. *Child Abuse Rev* 2014;23:35-47.
43. Kemp A, Maguire SA, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M. Can we identify abusive bites on children? [letter(s)]. *Arch Dis Child* 2006;91(11):951.
44. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, *et al.* A systematic review of abusive visceral injuries in childhood: their range and recognition. *Child Abuse Negl* 2013;37(7):430-45.
45. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 2007;92(12):1113-7.
46. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, *et al.* Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 2008;337:a1518.
47. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, *et al.* Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatr* 2013;167(8):769-75.
48. Allen B, Tussey C. Can projective drawings detect if a child experienced sexual or physical abuse? A systematic review of the controlled research. *Trauma Violence Abuse* 2012;13(2):97-111.
49. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. Update february 2014. London: RCOG; 2014.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/cg89-when-to-suspect-child-maltreatment-full-guideline2>
50. Observatoire national de l'enfance en danger, Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Rapport d'étude. Recherches et pratiques. Paris: ONED; 2012.
<http://www.oned.gouv.fr/publications/rapport-detude-enfants-exposes-violence-conjugale>
51. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. London: NICE; 2014.
<http://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/guidance-domestic-violence-and-abuse-how-health-services-social-care-and-the-organisations-they-work-with-can-respond-effectively-pdf>
52. Société française de médecine physique et de réadaptation, Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue?xtmc=&xtcr=70
53. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf
54. Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf
55. Sonneveld LP, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Hoytema van Konijnenburg EM, Sieswerda-Hoogendoorn T, Teeuw AH. Prevalence of child sexual abuse in pediatric patients with chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013;56(5):475-80.
56. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2010;36(2):153-64.
57. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, de Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency

departments: a systematic review. Arch Dis Child 2010;95(3):214-8.

58. Hoytema van Konijnenburg EM, Teeuw AH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Leenders AG, van der Lee JH. Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. Syst Rev 2013;2:109.

59. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible? A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. BMC Pediatr 2013;13:202.

60. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. Pediatrics 2010;125(1):67-74.

En savoir plus

► Ouvrages de base sur la maltraitance

Clinique

Rey-Salmon C, Adamsbaum C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris : Lavoisier – Médecine Sciences publications, 2013, 256 p.

Réglementations, lois et chiffres

Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. *Enfants maltraités. Les chiffres et leurs bases juridiques en France*. Paris : Tec & Doc, 2008, 220 p.

Épidémiologie

Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Éditions du Seuil, 2010, 419 p.

► Ouvrages sur l'attachement, les compétences du bébé et les interactions précoces parents-bébé

Bowlby J. *Attachement et perte. 1, L'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France, 1978, 539 p.

Bowlby J. *Attachement et perte. 2, La séparation : angoisse et colère*. Paris : Presses Universitaires de France, 1978, 557 p.

Bowlby J. *Attachement et perte. 3, La perte : tristesse et dépression*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984, 604 p.

Rousseau D. *Le pouvoir des bébés : comment votre enfant se connecte à vous ?* Paris : Max Milo, 2013, 189 p.

► Ouvrage sur la violence éducative

Miller A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Réédition. Paris : Aubier, 2008, 320 p.

► Ouvrage sur la maltraitance en milieu social élevé (récit de vie)

Raphaël C. *La démesure : soumise à la violence d'un père*. Paris : Max Milo, 2013, 237 p.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)	Convention nationale des associations de protections de l'enfance (CNAPE)*
Association dentaire française (ADF)	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)*
Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)*	Direction des familles et de la petite enfance (DFPE)*
Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM)*	Enfance et partage*
Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)*	Enfance majuscule*
Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)*	Fondation pour l'enfance
Association internationale des victimes de l'inceste (AIVI)*	Groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED)*
Association française des psychologues et de psychologie (FFPP)*	Innocence en danger*
Association 'Éléphant vert*	La voix de l'enfant*
Association 'Enfant bleu*	Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)*
Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale (ANECAMPS)*	Société française de médecine du sport (SFMES)*
Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)*	Société française de médecine légale (SFML)*
Brigade de protection des mineurs	Société française de pédiatrie (SFP)*
Centre français de protection de l'enfance (CFPE)	Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SFPEADA)*
Collège de la médecine générale (CMG)*	Société française de psychologie
Collège française de médecine d'urgence (CFMU)*	Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)*
Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)*	Union française du sauvetage de l'enfance (UFSE)*
Conseil national de l'ordre des sages-femmes*	Union nationale des associations familiales (UNAF)
Conseil national professionnel de la radiologie*	

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Dr Anne Tursz, pédiatre, Villejuif – présidente du groupe de travail

Dr Muriel Dhénain, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Gisèle Apter, psychiatre, Antony

Dr Emmanuelle Bosdure, pédiatre, Marseille

Mme Béatrice Boeris, puéricultrice PMI, Paris

Dr Sylvain Bouquet, médecin généraliste, Lamastre

Dr Lucie Bommenel, médecin généraliste, Paris

Mme Martine Brousse, représentante associative, Paris

Mme Madelaine Collombier, infirmière, Paris
Dr Raphaël Cornez, médecin du travail, médecin légiste, Lille
Mme Anne-Marie Curat, sage-femme, Paris
Dr Sylvie Epron-Todowski, médecin PMI, Paris
Mme Claire Emmanuelle Guinoiseau, infirmière scolaire, Châlons-en-Champagne
Dr Irène Khan-Bensaude, pédiatre, représentante du CNOM, Paris
Mme Geneviève Laurent, représentante associative, Paris

Dr Élisabeth Martin-Lebrun, pédiatre, expert à la cour d'appel, Marseille
Dr Stéphanie Nguyen, pédiatre, médecin du sport, Paris
Dr Bruno Percebois, pédiatre, médecin PMI, Bobigny
Mme Chantal Sivek, cadre socio-éducatif, Paris
Mme Laure Sourmais, représentante associative, Paris
Dr Roger Tébol, pédopsychiatre, Neuilly-sur-Marne
Dr Anne-Marie Teychène, pédiatre urgentiste, Bondy

► Groupe de lecture

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)
Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM)
Association internationale des victimes de l'inceste (AIVI)
Association française des psychologues et de psychologie (FFPP)
Association 'Éléphant vert
Association 'Enfant bleu
Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale (ANECAMPS)*
Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
Collège de la médecine générale (CMG)
Collège française de médecine d'urgence (CFMU)
Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
Conseil national de l'ordre des sages-femmes
Conseil national professionnel de la radiologie

Convention nationale des associations de protections de l'enfance (CNAPE)
Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)
Direction des familles et de la petite enfance (DFPE)
Enfance et partage
Enfance majuscule
Groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED)
Innocence en danger
Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)
Société française de pédiatrie (SFP)
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SFPEADA)
Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)
Union française du sauvetage de l'enfance (UFSE)

► Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Mme Laurence Gayet, infirmière, Clichy-la-Garenne

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir
Méthode de travail	Fiche mémo.
Objectif(s)	Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des recommandations/messages clés pour le repérage des enfants victimes de maltraitance et la conduite à tenir.
Patients ou usagers concernés	Les enfants de moins de 18 ans.
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes, pédiatres, médecins et puéricultrices de PMI, médecins et infirmières scolaires, médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences pédiatriques et de radiologie), sages-femmes, médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, chirurgiens-dentistes.
Demandeur	Auto-saisine HAS.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Dr Muriel Dhénain, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière. Autre service impliqué : Mme Caroline Abelmann, chef de projet, service juridique de la HAS (chef de service : Mme Christine Vincent).
Recherche documentaire	De janvier 2008 à juin 2014 (cf. <i>Stratégie de recherche documentaire</i> décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique). Réalisée par Mme Marie Georget, avec l'aide de Mme Tiphaine Moitié (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).
Auteur du rapport d'élaboration	Dr Muriel Dhénain.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (présidente : Dr Anne Tursz, pédiatre, Villejuif), groupe de lecture et autres personnes consultées (cf. <i>Liste des participants</i>).
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS octobre 2014.
Actualisation	L'actualisation de la fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Fiche mémo téléchargeable sur www.has-sante.fr .

~

HAS

"Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur"
www.has-sante.fr