

Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements

B. Bader-Meunier, V. Nouyrigat

Les différentes formes de maltraitance comportent les violences physiques, les abus sexuels, la cruauté mentale et les négligences lourdes. Le risque de décès est particulièrement élevé chez les nourrissons et les jeunes enfants, qui sont les plus touchés par la maltraitance physique. En cas de risque immédiat pour l'enfant, un signalement judiciaire au Procureur de la République doit être effectué.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Maltraitance ; Abus sexuels ; Syndrome de Münchhausen ; Signalement judiciaire ; Enfants

Plan

| | |
|--|---|
| ■ Introduction | 1 |
| ■ Épidémiologie | 1 |
| ■ Maltraitance physique | 1 |
| Traumatismes crâniens | 1 |
| Lésions des téguments et des muqueuses | 3 |
| Lésions viscérales | 3 |
| Lésions oculaires | 3 |
| Fractures (autres que les fractures du crâne) | 3 |
| ■ Abus sexuels | 5 |
| ■ Carences et négligences | 5 |
| ■ Cruauté mentale | 5 |
| ■ Formes cliniques particulières | 5 |
| Syndrome de Münchhausen par procuration | 5 |
| Maltraitance du fœtus et du nouveau-né | 6 |
| ■ Prise en charge | 6 |
| Prise en charge immédiate | 6 |
| Conduite à tenir en cas de maltraitance physique | 7 |
| Conduite à tenir en cas d'abus sexuel | 8 |
| Conduite à tenir en cas de syndrome de Münchhausen par procuration | 8 |
| ■ Facteurs de risque de maltraitance | 8 |
| Facteurs de risque liés aux parents | 8 |
| Facteurs de risque liés à l'enfant | 9 |
| Facteurs de risque liés à l'environnement | 9 |

■ Introduction

D'après l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), « l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

■ Épidémiologie

D'après les informations du Secrétariat d'État à la famille, 21 000 enfants seraient victimes de mauvais traitements par an

Tableau 1.

Étude de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS).

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Violences physiques | 7 000 | 6 500 | 6 600 | 5 800 |
| Abus sexuels | 5 000 | 4 800 | 5 500 | 5 900 |
| Négligences lourdes | 5 300 | 5 400 | 4 800 | 4 700 |
| Violences psychologiques | 1 700 | 1 800 | 1 400 | 1 600 |
| Total des enfants maltraités | 19 000 | 18 500 | 18 300 | 18 000 |

en France, et environ 700 d'entre eux décèderaient. Les données de l'ODAS figurent dans le [Tableau 1](#).

Les auteurs de violences physiques ou maltraitance grave sont essentiellement le père et/ou la mère. De même, les abus sexuels se produisent dans le milieu familial proche dans deux tiers des cas. Il existe différentes formes de maltraitance.

■ Maltraitance physique

Les nourrissons et les jeunes enfants sont les plus touchés par la maltraitance physique : la moitié des enfants hospitalisés pour mauvais traitements sont âgés de moins de 1 an, et les trois quarts ont moins de 3 ans.

Traumatismes crâniens

Les traumatismes, et notamment les traumatismes crâniens, représentent la cause de décès la plus fréquente chez le nourrisson.

Fractures du crâne

Elles sont présentes chez environ 15 % des enfants maltraités ; elles peuvent être linéaires ou stellaires, ces dernières orientant vers un traumatisme direct. Les fractures les plus évocatrices touchent l'os occipital, sont de type stellaire et mesurent plus de 5 mm de large ; les fractures multiples, complexes, étoilées, avec franchissement de sutures sont également évocatrices.

Il n'existe aucune corrélation entre les lésions intracrâniennes et la présence d'une fracture.

Hématomes sous-duraux

Ils sont retrouvés essentiellement chez l'enfant âgé de moins de 2 ans, particulièrement entre 3 et 8 mois. Ils sont favorisés

par l'augmentation de la pression veineuse secondaire aux cris et par la compression thoracique. Ils sont le plus souvent situés dans la région interhémisphérique pariéto-occipitale chez les enfants secoués et dans la convexité des hémisphères chez les enfants frappés. Ils se manifestent par une symptomatologie aiguë ou chronique :

- dans les formes chroniques, l'augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien peut être la seule manifestation initiale et doit conduire à la réalisation d'examen complémentaires (cf. infra) ; elle peut être associée à des troubles du comportement (irritabilité, somnolence), des troubles alimentaires (anorexie, vomissements, stagnation pondérale), des signes neurologiques (malaises, convulsions) ;
- les formes aiguës se présentent comme un tableau de détresse vitale neurologique avec coma, parfois associée à un état de mal convulsif et une anémie de gravité variable.

L'échographie transfontanelle, qui ne visualise pas les épanchements latéraux, peut être faussement normale. Les examens de choix sont la tomodensitométrie (TDM) sans injection, et surtout l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui visualisent des épanchements sous-duraux, même très localisés, ainsi que des hémorragies sous-arachnoïdiennes. L'IRM peut aider à dater la survenue des hémorragies. Le diagnostic d'hématome sous-dural chez un enfant âgé de moins de 2 ans impose la recherche de mauvais traitement par l'analyse du contexte familial et la réalisation de radiographies de squelette à la recherche de fractures associées ; cependant, il est également possible qu'aucune cause ne soit retrouvée.

Syndrome des « enfants secoués » [1]

Il représente une cause majeure de sévices avant l'âge de 2 ans, et plus particulièrement dans la première année de vie. Il est défini par la survenue de contusions cérébrales et/ou d'hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes, secondaires à des mouvements de translation et de rotation brutale de la tête, sans traumatisme crânien direct. Il se manifeste par l'apparition d'une somnolence, d'une irritabilité, de convulsions (dans 40 à 70 % des cas), de troubles de la conscience, de vomissements, de mauvaise prise alimentaire et d'apnée. Dans la moitié des cas, des manifestations plus sévères sont révélatrices : malaise grave, voire coma ou mort subite. L'examen clinique peut également mettre en évidence un bombement de la fontanelle et une pâleur ; il recherche systématiquement d'autres signes évocateurs de traumatisme (ecchymoses, plaies, etc.). Les hémorragies rétinienne sont fréquentes (de 65 à 95 % des cas), et constituent un bon élément en faveur du diagnostic. Elles sont diffuses et bilatérales, parfois associées à un décollement rétinien et/ou une hémorragie du vitré. Elles doivent donc être recherchées systématiquement à la phase initiale, devant un tableau clinique évocateur, ou au décours d'un malaise grave inexplicable. La TDM et l'IRM cérébrales sont les examens clés pour le diagnostic ; le scanner cérébral sans injection montre :

- une hémorragie sous-durale ou sous-arachnoïdienne, uni- ou bilatérale ; il existe fréquemment un épanchement interhémisphérique, notamment postérieur ;
- des foyers de contusion, d'œdème ou d'infarctissement, avec parfois perte de la différenciation substance grise/substance blanche et des hypodensités diffuses, et une atteinte des noyaux gris ;
- des foyers de contusion hémorragiques ou plus rarement d'hémorragies intraparenchymateuses.

Cependant, les hypodensités cérébrales peuvent n'apparaître que quelques jours après le traumatisme, et donc ne pas être visibles sur un examen précoce.

Le scanner est l'examen de base pour le diagnostic, mais l'IRM doit être demandée lorsqu'il existe une dissociation importante entre la sévérité des signes cliniques et la discrétion des signes radiologiques au scanner. Elle montre mieux les épanchements interhémisphériques grâce aux coupes coronales et peut permettre de diagnostiquer un épanchement minime. Elle montre également bien les lésions axonales, de déchirure, sous forme d'hypersignal en T2, alors que ces lésions peuvent échapper au scanner. Enfin, elle permet de mieux dater les épanchements (hémorragie subaiguë, dépôts d'hémosidérine).

La réalisation systématique de radiographies de squelette à la recherche de fractures met en évidence des anomalies dans 40 à 70 % des cas.

Hématomes extraduraux

Ils sont plus rares.

Diagnostic et place des examens complémentaires

Le diagnostic d'un hématome intracrânien et/ou d'une contusion parenchymateuse chez un nourrisson doit faire évoquer la possibilité de mauvais traitements. Il convient de :

- rechercher un traumatisme obstétrical, des antécédents familiaux évocateurs de maladie constitutionnelle de l'hémostase ;
- faire une anamnèse précise des circonstances du diagnostic et évaluer la cohérence des explications données par les parents ;
- rechercher systématiquement d'autres lésions traumatiques, osseuses ou tégumentaires ;
- évaluer le contexte sociofamilial, et la qualité de la relation entre l'enfant et ses parents.

Les examens suivants doivent donc être réalisés pour faire le diagnostic positif et étiologique de telles lésions.

Radiographie du crâne

La suspicion de sévices reste l'une des rares indications de cet examen.

Fond d'œil

C'est un examen clé pour orienter le diagnostic. Il doit être facilement et précocement demandé, notamment au décours de malaise grave inexplicable du nourrisson, pour mettre en évidence des hémorragies rétinienne.

Imagerie cérébrale

Toute suspicion d'atteinte parenchymateuse doit conduire à la réalisation d'un scanner cérébral et/ou d'une IRM cérébrale. Chez le nourrisson, la normalité de l'échographie transfontanelle n'élimine en rien le diagnostic d'épanchement sous-dural ou d'atteinte parenchymateuse.

Radiographies de squelette

Elles doivent être systématiquement effectuées chez le nourrisson, car elles apportent un argument en faveur du diagnostic de maltraitance. Elles peuvent éventuellement être complétées par une scintigraphie osseuse (cf. infra).

Bilan d'hémostase

L'étude du taux de plaquettes, du temps de Quick, du temps de céphaline activé et du temps de saignement doit être effectuée en cas de saignement intracrânien, à la recherche d'une anomalie constitutionnelle de l'hémostase. Il faut cependant souligner qu'un saignement intracrânien isolé est rarement révélateur d'une telle anomalie.

En cas de saignement intracrânien sans traumatisme retrouvé, l'artériographie cérébrale est discutée dans certains cas.

Diagnostic différentiel

Un traumatisme obstétrical peut être à l'origine d'un hématome sous- ou extradural chez un nourrisson de moins de 3 mois. Cette étiologie peut être retenue si un traumatisme obstétrical est effectivement survenu, s'il n'y a aucune lésion associée, si l'hématome est unique, hypodense (témoignant d'un saignement non récent) au scanner et si aucune autre cause n'est retrouvée au terme de l'évaluation.

Toute secousse entraînant des mouvements de rotation de la tête peut entraîner des lésions cérébrales s'intégrant dans le syndrome du « bébé secoué ». Si ce syndrome est diagnostiqué au décours d'un malaise chez un nourrisson, il est donc essentiel de déterminer si le nourrisson a été secoué au décours du malaise pour être « réanimé », situation dans laquelle le diagnostic de mauvais traitements doit être écarté, ou si, à l'inverse, des secousses intentionnelles sont à l'origine d'une atteinte cérébrale et donc du malaise.

Lésions des téguments et des muqueuses

Elles sont les plus fréquentes, signalées chez environ 90 % des enfants battus. Elles sont très variées.

Ecchymoses et hématomes

Ils sont évocateurs de mauvais traitements s'ils sont multiples, d'âge différent et de localisation inhabituelle : visage, tronc, lombes, fesses, joues ; en revanche, l'existence d'ecchymoses multiples sur les membres inférieurs est banale à l'âge de la marche. Leur disparition en milieu hospitalier est un excellent argument en faveur d'une maltraitance.

Plaies

Elles sont très polymorphes : plaies linéaires secondaires à des coups de fouets, griffures, morsures, brûlures, plaies par instruments tranchants, sillons circulaires secondaires à une contention. Les brûlures sont souvent secondaires à une immersion forcée dans un bain brûlant, entraînant essentiellement des lésions des fesses, du périnée et des membres inférieurs.

Plaies et brûlures endobuccales

Elles sont secondaires à un « *forcing* » alimentaire à la petite cuillère d'un enfant considéré comme anorexique. Elles doivent être systématiquement recherchées chez un nourrisson suspect d'être maltraité et ayant des troubles du comportement alimentaire.

Alopécie

Elle se présente sous forme d'une plaque pseudopeladique ou de zones de raréfaction des cheveux, secondaires à des arrachements brutaux et répétés de cheveux.

Principaux diagnostics différentiels

- Ils sont représentés par :
- les signes hémorragiques (purpura, ecchymoses et hématomes) secondaires à des troubles de l'hémostase ;
 - les taches mongoloïdes siégeant sur les lombes, le dos, les épaules ou la face antérieure des chevilles, et observées chez les enfants d'origine africaine ou asiatique ;
 - les cicatrices de lésions dermatologiques, notamment d'impétigo ;
 - les traces de *cia-gio* asiatique, ou ecchymoses linéaires intercostales postérieures secondaires à la friction par un objet chauffé.

Lésions viscérales

Elles sont plus rares (de 1 à 2 %), et très diverses selon la nature et le siège du traumatisme (rupture ou fissuration hépatique, splénique, rénale) ; elles représentent la deuxième cause de mortalité chez l'enfant maltraité.

Certaines localisations abdominales sont par elles-mêmes évocatrices de possibles mauvais traitements, lorsqu'elles surviennent chez un enfant de moins de 5 ans : les organes fixes de la partie médiane et supérieure de l'abdomen (duodénum, pancréas, jéjuno-iléon, mésentère) sont lésés, alors que les organes latéraux sont plutôt atteints en cas de traumatisme accidentel. Ces lésions peuvent évoluer à bas bruit, et ne se révéler que quelques jours après le traumatisme, ou se révéler par un état de choc ou une symptomatologie abdominale aiguë.

L'échographie abdominale doit être d'indication très large au moindre doute. Elle peut montrer :

- un épanchement intrapéritonéal devant faire rechercher une rupture d'organe ;
- une contusion pancréatique : augmentation de taille du pancréas, pseudokyste, ascite ;
- une contusion duodénale sous forme d'un hématome pariétal.

Un cliché d'abdomen sans préparation doit également être demandé à la recherche notamment d'un pneumopéritoine. La TDM abdominale doit être effectuée comme complément d'exploration en cas d'image suspecte.

Les contusions thoraciques peuvent provoquer un hémothorax ou un pneumothorax, parfois associé à des fractures de côtes.

Lésions oculaires

Hémorragies rétinienes

Elles sont les plus fréquentes, souvent contemporaines d'un hématome sous-dural ; elles se rencontrent également dans toutes les situations s'accompagnant d'une hyperpression veineuse, comme les compressions abdominales ou thoraciques, ou une strangulation. Il existe deux types d'hémorragies :

- les hémorragies superficielles, planes, en « flammèche » ; ces hémorragies disparaissent rapidement lorsqu'elles sont de petite taille ;
- les hémorragies profondes, intra- ou sous-réiniennes ; elles peuvent persister des semaines ou des mois si elles sont vastes et maculaires.

Elles sont souvent bilatérales et sont d'autant plus sévères que le traumatisme a été important ; une luxation du cristallin et un décollement uni- ou bilatéral de la rétine peuvent être associés. Les hémorragies profuses sont rencontrées essentiellement chez les enfants victimes de maltraitance et chez les bébés secoués, et non au cours de traumatismes accidentels [2].

Autres lésions

Peuvent être observés :

- un œdème et des ecchymoses périorbitaires ; des hémorragies conjonctivales, focales ou diffuses, qui s'observent lors de traumatisme direct ou dans les situations d'hyperpression veineuse ; un hyphéma (épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil), secondaire à un traumatisme oculaire violent par choc direct ;
- une anisocorie ;
- un œdème papillaire ;
- des paralysies des nerfs oculomoteurs.

Diagnostics différentiels des étiologies des hémorragies rétinienes

Ils doivent être connus :

- les hémorragies rétinienes ne sont pas spécifiques de sévices et peuvent se rencontrer au cours de traumatismes crâniens accidentels ;
- elles sont observées chez 40 % des nouveau-nés normaux, probablement du fait de la compression du crâne et du thorax lors du passage de la filière génitale ; elles régressent en 3 à 4 semaines ;
- elles peuvent être observées au décours d'un massage cardiaque externe dans un petit nombre de cas ;
- elles peuvent également être constatées au cours de pathologies générales : hypertension artérielle sévère, anomalies de la coagulation, vascularite, infections sévères.

Fractures (autres que les fractures du crâne) [3]

Les radiographies de squelette peuvent être à l'origine du diagnostic devant une fracture suspecte ou être motivées par une suspicion clinique. L'examen de tous les clichés doit être particulièrement attentif, car des lésions minimales peuvent passer facilement inaperçues. Dans une étude réalisée chez 31 enfants décédés de mauvais traitements, 58 % des 165 fractures avaient été diagnostiquées sur les radiographies post mortem [3].

Les fractures des os longs sont les plus fréquentes (de 50 à 80 % des fractures selon les études).

Types de fractures

Les principaux types de fractures observés dans un contexte de maltraitance physique figurent dans le [Tableau 2](#). Les lésions qui peuvent s'observer sont les suivantes.

Tableau 2.

Principales fractures consécutives à une maltraitance physique.

| | |
|--|---|
| Lésions très évocatrices de sévices | Fractures d'âge différent |
| | Fractures métaphysaires |
| | Fractures d'un arc postérieur de côtes |
| | Fracture sternale |
| | Fracture de l'acromion avec arrachement de l'extrémité de la clavicule |
| | Fractures des épépineuses et des apophyses transverses des vertèbres |
| | Embarrures occipitales |
| Lésions évocatrices de sévices | Fractures multiples, bilatérales |
| | Fractures avec décollement épiphysaire |
| | Fractures des doigts |
| | Fractures des corps vertébraux |
| | Fracture complexe du crâne, de plus de 5 mm de large avec embarrure, en dehors de la région pariétale |
| Lésions peu évocatrices de sévices | Fractures spiroïdes de l'humérus |
| | Fractures de la clavicule |
| | Fractures des os longs (en dehors de la fracture spiroïde de l'humérus) |
| | Fractures linéaires du crâne |

L'examen radiologique doit être confronté aux données anamnestiques et cliniques afin de tenter de déterminer si les lésions sont dues ou non à des traumatismes non accidentels.

Lésions épiphysométaphysaires

Elles sont les plus fréquentes ; elles résultent de torsions ou de tractions violentes qui entraînent un arrachement du bord métaphysaire de l'épiphysaire au niveau du périoste. Elles peuvent passer totalement inaperçues à l'examen clinique et il importe de les rechercher systématiquement en cas de suspicion de maltraitance physique. Elles sont très évocatrices de sévices et surviennent surtout avant l'âge de 18 mois, pratiquement jamais après 2 ans. Elles se présentent sous forme d'arrachement d'un fragment osseux à l'angle de la métaphysaire, parfois peu visible lorsque le déplacement épiphysaire est faible. L'extrémité distale des fémurs, les extrémités proximales et distales des tibias et proximales des humérus sont les plus touchées.

Appositions périostées

Les traumatismes répétés, notamment avec mécanisme de torsion, peuvent entraîner des saignements périostés à répétition ; les appositions apparaissent petit à petit, 7 jours après le traumatisme, sur n'importe quel os long.

Fractures diaphysaires

La constatation d'une fracture diaphysaire chez un enfant âgé de moins de 1 an ou la répétition de telles fractures à tout âge doit faire évoquer la possibilité de mauvais traitements. Certains sièges sont particulièrement évocateurs de sévices : les lésions humérales, fémorales et tibiales sont les plus fréquentes avant 3 ans ; après 5 ans, ces fractures sont plus rares, en dehors des fractures cubitales, l'avant-bras servant à parer les coups.

Fractures de côtes

Les fractures de côtes sont rarement accidentelles chez l'enfant du fait de l'importance de la compliance thoracique ; elles se retrouvent chez environ 25 % des enfants victimes de sévices, le plus souvent avant l'âge de 2 ans. Elles sont souvent multiples, bilatérales et d'âge différent. Elles résultent de compressions violentes, et siègent dans environ 40 % des cas à l'arc postérieur (compression latérale), et dans un tiers des cas à l'arc moyen (compression antéropostérieure). Les fractures antérieures et chondrocostales sont plus rares. Le diagnostic n'est fait radiologiquement qu'une fois le cal formé, au moins 8 jours après le traumatisme.

Atteintes vertébrales

Les tassements vertébraux sont peu fréquents, mais très évocateurs ; ils résultent d'un mécanisme de flexion violent, et peuvent être associés à des luxations vertébrales et des pincements discaux.

Datation de la fracture

Il est souvent difficile de dater une fracture précisément. Quelques repères sont utiles :

- la réaction périostée, signe radiologique le plus précoce, apparaît 7 jours après le traumatisme et devient évidente au bout de 14 jours ;
- le trait de fracture peut être visible pendant 8 semaines, tandis que le cal se développe petit à petit ;
- après 10 semaines, le cal s'amincit et se confond petit à petit avec la corticale.

Place des examens complémentaires

Radiographies de squelette

Devant toute suspicion de maltraitance physique, elles doivent être systématiques chez le jeune enfant, chez qui les lésions osseuses sont fréquentes et parfois difficiles à diagnostiquer cliniquement. En revanche, il est proposé que, après 2 ans, les clichés soient orientés en fonction de l'examen clinique en cas de symptomatologie évocatrice d'atteinte osseuse ; chez l'enfant asymptomatique, la scintigraphie osseuse peut être réalisée en première intention si cela est possible, et permet d'orienter les demandes de clichés standards en cas d'anomalie.

“ Points essentiels

Clichés recommandés chez l'enfant âgé de moins de 2 ans

- Thorax antéropostérieur de face
- Thorax de profil
- Humérus droit et gauche de face
- Deux avant-bras de face
- Mains et poignets de face
- Bassin de face
- Rachis lombaire de profil
- Fémurs droit et gauche de face
- Tibias droit et gauche de face
- Pieds droit et gauche de face
- Crâne de face et profil

Tous les clichés d'os longs doivent inclure les articulations sus- et sous-jacentes.

Scintigraphie osseuse

Elle peut permettre la détection de lésions minimales ou récentes, difficiles à visualiser radiologiquement, notamment des fractures de côtes, de rachis, de pelvis ou d'omoplate ; en revanche, l'hyperfixation physiologique des cartilages de croissance rend impossible la détection de lésions dans cette région. Sa sensibilité ne dépend pas de la taille de la lésion ; elle dépend de l'âge de l'enfant : elle est très sensible au-delà de l'âge de 5 ans et un examen normal rend très improbable l'existence de lésion osseuse post-traumatique ; en revanche, avant l'âge de 2 ans, la sensibilité dépend de la qualité technique et de l'expérience de l'équipe concernée. Il ne s'agit pas d'un examen spécifique et aucun aspect n'est pathognomonique de lésion osseuse post-traumatique. L'intensité de la fixation osseuse précoce et tardive du traceur est d'autant plus faible que le traumatisme est plus ancien. Il s'agit d'un examen complémentaire de la radiologie standard. Son utilisation en première intention semble raisonnable chez l'enfant de plus de 2 ans asymptomatique. Dans les

autres cas, elle doit être demandée facilement en cas de doute diagnostique, en dehors des régions métaphysaires.

■ Diagnostic différentiel

■ Appositions périostées

Elles ne sont absolument pas spécifiques, et sont constatées dans des pathologies infectieuses ou tumorales, et de façon physiologique dans les premières semaines de vie.

■ Fractures de l'arc moyen des côtes

Elles peuvent être dues à une kinésithérapie respiratoire vigoureuse ; un tel acte doit donc être toujours systématiquement recherché devant la constatation de fractures de côtes.

■ Fractures multiples

Elles peuvent se rencontrer dans une ostéogenèse imparfaite. Les signes radiologiques peuvent être discrets au début, notamment dans une forme tardive, et il convient de rechercher une ostéoporose minime et un amincissement des corticales des os longs, une discrète ostéoporose vertébrale et une réduction de hauteur des corps vertébraux, un aspect en mosaïque de la voûte du crâne, éléments très importants en faveur de ce diagnostic. Ce diagnostic différentiel peut être difficile et il existe plusieurs cas dans lesquels le diagnostic de maltraitance a été porté à tort durant plusieurs années.

■ Fractures pathologiques

Une ou plusieurs fractures pathologiques peuvent être une manifestation d'une tumeur osseuse primitive ou secondaire.

■ Abus sexuels

L'abus sexuel inclut toutes les formes d'attouchements ou de pénétration sexuelle (orale, vaginale, anale). L'inceste représenterait la moitié des abus sexuels. Les formes les plus fréquentes sont l'inceste père/fille et beau-père/belle-fille [4].

Le diagnostic d'abus sexuel peut être d'emblée évoqué du fait du récit de l'enfant ou de ses parents, ou peut être suspecté au cours d'une consultation habituelle, devant des troubles du comportement, ou des anomalies de l'examen somatique dont il faut comprendre la signification [5]. Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire de l'enfant qui doit être objectif, et se dérouler dans un climat de calme et de confiance en utilisant le vocabulaire de l'enfant. Chez le petit enfant, l'utilisation de dessins ou d'une poupée peut être utile ; ainsi, la représentation d'organes génitaux sur un dessin de personnage semble évocatrice d'abus. Les fausses allégations d'abus sexuels sont exceptionnelles chez l'adolescent(e) et rares chez le petit enfant où elles se rencontrent essentiellement dans un contexte de séparation parentale conflictuelle. Un examen clinique complet doit être effectué, en terminant par l'examen périnéal. L'examen gynécologique doit être expliqué et consenti ; chez la petite fille, il est réalisé en position dite de la « grenouille » : décubitus dorsal, jambes repliées, genoux tournés vers l'extérieur et talon l'un contre l'autre, par une simple inspection [6]. Dans les deux sexes, la région anale et périnéale, et la cavité buccale, doivent être également examinées.

▲ Mise en garde

Il convient d'insister sur le fait que la normalité de l'examen génital est constatée chez 50 % des filles victimes d'une agression sexuelle et qu'elle n'élimine donc en aucun cas la possibilité d'agression sexuelle antérieure.

La présence de lésions hyménales évidentes (déchirure ancienne ou récente, cicatrice, ecchymose ou contusion), lésions de la fourchette postérieure (lacération, cicatrices, ecchymoses),

dilatation anale de plus de 15 mm en position gènepectorale, la présence de spermatozoïdes sur les prélèvements vaginal, anal, buccal, la survenue de certaines maladies sexuellement transmissibles sont les seuls éléments spécifiques ; le délai de cicatrisation est le plus souvent bref et ne dépasse pas 3 à 4 jours. L'existence de nombreuses variations physiologiques de l'hymen chez la petite fille rend difficile l'interprétation des autres signes ; il existe plusieurs variétés d'hymen : aspect polylobé en « corolle », annulaire, semi-lunaire.

Des manifestations non spécifiques peuvent également révéler l'abus sexuel et doivent pouvoir être « décryptées » : troubles psychosomatiques (douleurs abdominales ou pelviennes, encoprésie/énurésie) ; troubles généraux du comportement (troubles du sommeil, fugue, tentative de suicide, repli sur soi, agressivité, phobie du contact physique, etc.) ; troubles du comportement sexuel (masturbation excessive, propos ou jeux sexuels inappropriés pour l'âge, abus sexuels sur d'autres enfants) ; difficultés scolaires.

Le diagnostic d'abus sexuels est le plus souvent difficile, notamment chez le jeune enfant. Il est important de souligner que le diagnostic repose essentiellement sur le récit de l'enfant, et que l'absence d'anomalies de l'examen génital est fréquente et n'élimine en aucun cas le diagnostic.

■ Carences et négligences

Il s'agit de la non-satisfaction des besoins physiologiques (boisson, nourriture, etc.) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger, etc.) de l'enfant. Les carences peuvent entraîner une dénutrition, un retard statural ou « nanisme psychosocial », un retard de développement psychomoteur [7, 8]. La négligence doit être considérée comme une maltraitance quand ses conséquences peuvent être graves pour l'enfant : retard à consulter devant un symptôme de l'enfant (fièvre, douleur, etc.) ; retard d'administration d'un traitement ; absence de surveillance d'une situation à risque en fonction de l'âge de l'enfant (nourrisson ou enfant jeune laissé seul) ; répétition des accidents et/ou intoxications chez un même enfant. La reprise rapide de poids, le rattrapage d'un retard psychomoteur en milieu hospitalier sont de bons éléments en faveur du diagnostic.

■ Cruauté mentale

Il s'agit de « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliation, verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter » (ODAS). Ce type de maltraitance est difficile à prouver. On décrit généralement cinq types de sévices psychologiques : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur, la corruption, pouvant entraîner un épuisement psychique de l'enfant (dépression, retard psychomoteur, désintérêt pour tout apprentissage avec écroulement scolaire, etc.), une mise en place de pathologies de la personnalité (psychoses précoces ou plus tardives, type schizophrénique ; pathologies limites ; psychopathies ; perversions), des conduites de mise en danger : tentatives de suicide, automutilations, des conduites d'hétéroagressivité (violence sur d'autres enfants souvent plus petits, notamment dans la fratrie ; conduites sadiques vis-à-vis des autres ou/et des animaux ; violences envers des adultes).

■ Formes cliniques particulières

■ Syndrome de Münchhausen par procuration

Il s'agit d'une forme de maltraitance, décrite pour la première fois par Meadows, pédiatre anglais, dans laquelle un parent, la mère dans la grande majorité des cas, invente ou provoque

délibérément chez son enfant des symptômes ou des maladies, parfois très sévères [9].

Ces symptômes ou maladies ont la particularité d'être inexplicables et prolongés, et de n'être présents que lorsque la mère est présente ; les traitements sont inefficaces ou mal tolérés. Ils sont induits et allégués dans environ la moitié des cas, seulement induits dans 25 % des cas, et seulement allégués dans un quart des cas. Dans une étude de 117 cas, on retrouvait comme symptômes induits des saignements dans 40 % des cas, des convulsions dans 42 % des cas, des symptômes de « dépression du système nerveux central » dans 19 % des cas, des apnées dans 15 % des cas, une diarrhée dans 15 % des cas et des vomissements chez 10 % des enfants. Il peut également s'agir de fièvre prolongée consécutive à des septicémies à partir de manipulations septiques de cathéters centraux, d'exanthème par application de divers colorants ou caustiques, ou de lésions bulleuses secondaires à des frottements, d'allergies multiples conduisant à des régimes très stricts d'exclusion alimentaire. Ces symptômes sont « inventés » ou induits par administration chronique de toxiques ou médicaments : laxatifs entraînant une diarrhée chronique, antidépresseurs, tranquillisants ou neuroleptiques entraînant une symptomatologie neurologique, prise d'émétisants (sirop d'ipéca), injection d'insuline conduisant à l'exploration d'hypoglycémie. Parmi les fausses allégations, il faut signaler les fausses allégations d'abus sexuels, souvent rapportées par la mère, inconstamment dans un contexte de séparation des parents ; l'enfant peut alors avoir appris par cœur un récit à la demande de sa mère [10].

La mère a souvent une formation paramédicale. Elle a souvent des antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, et peut avoir eu des symptômes qu'elle a inventés ou induits dans les 3 années précédentes, ou avoir elle-même été victime d'un syndrome de Münchhausen par procuration dans l'enfance. Son comportement est souvent bien particulier : la plupart d'entre elles frappent par un comportement « particulièrement attentif » à leur enfant, restant de façon prolongée dans la chambre de l'hôpital en s'autorisant peu de sorties extérieures. Certaines établissent une relation étroite avec l'équipe médicale et paramédicale, et font état de leur satisfaction des soins prodigués à l'enfant, alors que les symptômes persistent, et sollicitent la multiplication des examens même s'ils sont invasifs. Plus rarement, elle est agressive, ne fait pas confiance à l'équipe médicale, fait sortir vite l'enfant contre avis médical, sollicitant ainsi de multiples médecins. Il existe une pathologie de la personnalité de type paranoïaque, pervers ou narcissique.

La persistance de la symptomatologie conduit à des consultations, hospitalisations et explorations parfois très invasives multiples, et parfois à des interventions chirurgicales. Le diagnostic doit être évoqué devant :

- l'existence d'une maladie inexplicquée, qui persiste ou récidive ;
- la nature des symptômes rapportés : saignements, atteinte neurologique, fièvre, vomissements, éruption ...
- la disparité entre les symptômes évoqués et l'état de l'enfant ;
- l'absence de cas semblables connus par un médecin expérimenté ;
- la disparition des symptômes en l'absence de la mère ;
- le refus de la mère de laisser son enfant seul ;
- le peu d'inquiétude manifesté par la mère ;
- une activité professionnelle maternelle en milieu médical, actuelle ou ancienne ;
- la notion d'un syndrome de Münchhausen par procuration chez la mère.

En cas de saignement, la disparité entre le groupe sanguin de l'enfant et celui du saignement permet d'affirmer le caractère exogène du saignement ; de même, la mise en évidence de toxiques dans le sang ou les urines permet d'affirmer le diagnostic.

Une morbidité associée est retrouvée chez plus de la moitié des enfants ; elle est définie par les éléments suivants :

- une maladie autre que celle alléguée par la mère ;
- une prise de médicaments à doses inappropriées ;
- une carence de soins ;

- une mauvaise prise pondérale ;
- des blessures non accidentelles.

Maltraitance du fœtus et du nouveau-né

Maltraitance fœtale d'origine maternelle, secondaire à la consommation de toxiques par la mère

Syndrome d'alcoolisme fœtal

Les conséquences cliniques de l'ingestion d'alcool pendant la grossesse dépendent notamment de l'ancienneté et de l'importance de l'alcoolisme maternel, et de la nature de la boisson habituellement consommée (la bière est plus toxique que le vin). Elles peuvent comporter une dysmorphie faciale, des anomalies malformatives (cardiaques, osseuses, fentes labiopalatines, anomalies du tube neural, troubles neurosensoriels), un retard de croissance, des troubles du comportement et un retard mental d'intensité variable.

Nouveau-né de mère toxicomane

L'intoxication la plus habituelle est due aux drogues opiacées (héroïne, morphine, codéine, produits opiacés de synthèse). Les conséquences anté- et néonatales sont directement liées au type et à la durée de l'intoxication, et au mode d'administration. En cas d'intoxication chronique à l'héroïne, un retard de croissance intra-utérin peut survenir ; en revanche, la fréquence des malformations n'est pas supérieure à celle observée dans la population générale. Il existe un risque de mort in utero en cas de sevrage maternel brutal pendant la grossesse. Des infections maternelles (virus de l'hépatite B, C, virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) peuvent avoir leur propre retentissement sur le fœtus. Après la naissance, le risque somatique est celui du sevrage, qui peut être responsable d'une mortalité importante s'il n'est pas traité. Les conséquences ultérieures dépendent essentiellement de la poursuite ou non de la toxicomanie et du contexte psychosocial.

Troubles précoces de la relation mère-bébé

Leur dépistage rapide à la maternité permet de proposer une aide et un soutien précoces.

Homicide du nouveau-né

■ Prise en charge

En matière de sévices à enfant, l'article 226.14 du Code pénal permet au médecin de déroger au secret professionnel. Cet article autorise le signalement des violences, mais n'impose en aucun cas la dénonciation de leur auteur. Le médecin n'est tenu de signaler que les faits, c'est-à-dire seulement « *des constatations médicales qu'il est en mesure de faire* ». Il conserve toutefois le droit de ne pas dénoncer les faits en s'en tenant au secret professionnel qui l'exempte essentiellement des sanctions pénales. Cependant, l'article 223.16 indique que le délit de non-assistance à personne en danger ne comporte pas cette excuse du secret professionnel. Le Code de déontologie médicale est beaucoup plus catégorique (articles 43 et 44) et indique qu'en cas de mineurs de moins de 15 ans, le médecin « *doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives* ».

Prise en charge immédiate

Le médecin, confronté à une situation de maltraitance, a différentes possibilités d'action en fonction du degré d'urgence, du degré de certitude et du contexte familial. Son rôle est d'assurer la protection de l'enfant, et non pas de faire la preuve des mauvais traitements.

Hospitalisation de l'enfant

En cas de refus, dans une situation de danger immédiat ou en cas de menace de retrait de l'enfant de la structure hospitalière,

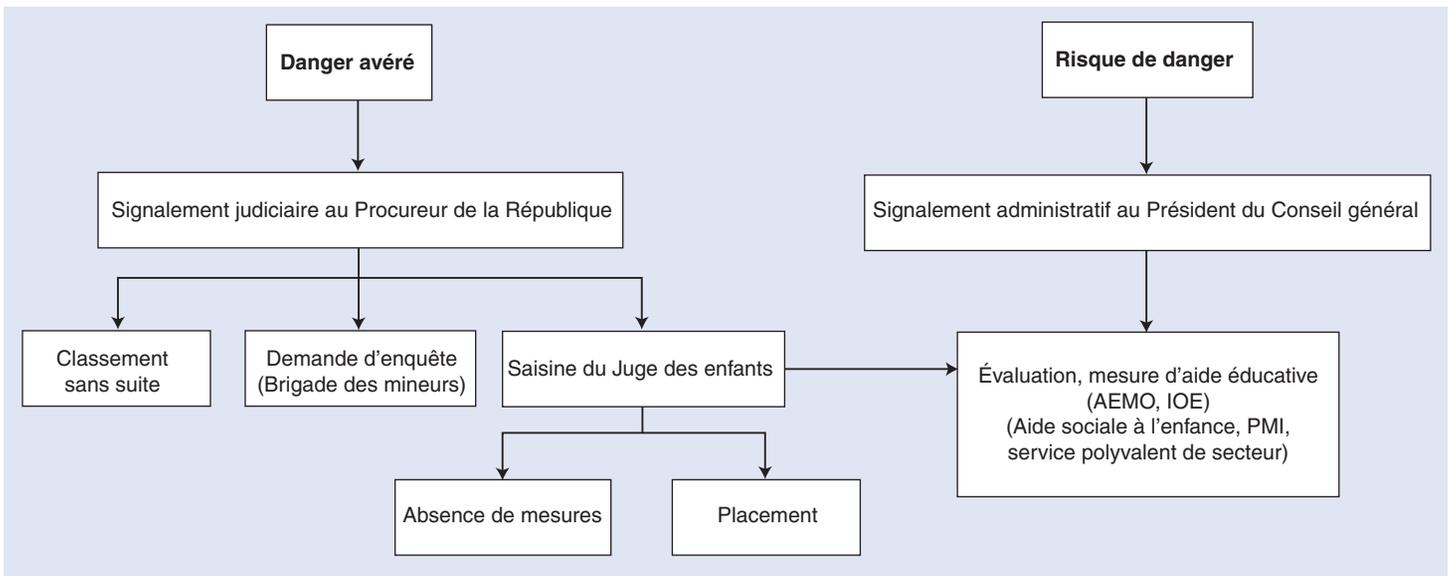


Figure 1. Démarches devant un danger avéré ou potentiel. AEMO : aide éducative en milieu ouvert ; IOE : investigation et orientation éducative ; PMI : Protection médicale et infantile.

il est nécessaire de faire appel au Procureur de la République ou à son substitut en demandant une ordonnance de placement provisoire en urgence (OPP) permettant l'hospitalisation de l'enfant ou le maintien de celle-ci ; en fonction des éléments fournis, il peut faire chercher l'enfant par la gendarmerie, la police ou la Brigade des mineurs selon les lieux et les circonstances. Le Substitut du Procureur peut être joint en permanence. S'il n'est pas possible de le contacter au Parquet (horaires tardifs, jours fériés), il est toujours possible de le faire contacter par l'intermédiaire du commissariat de police qui a ses coordonnées.

Informer directement l'une des structures impliquées (Fig. 1)

Il s'agit de :

- la Protection maternelle et infantile (PMI) (qui reste compétente pendant toute l'enfance en cas de mauvais traitements) en contactant le médecin de PMI, ou le médecin coordinateur départemental de la PMI qui informera le président du Conseil général de ses conclusions ;
- l'Aide sociale à l'enfance en contactant l'inspecteur responsable ;
- le service social du département en contactant l'assistante sociale de secteur ;
- le Parquet du Tribunal en adressant un signalement judiciaire au Procureur de la République ou à son Substitut.

Faire directement appel à la brigade des mineurs

- En cas de danger imminent et de refus de collaboration de la famille ;
- le cas échéant, contacter le numéro vert national (119).

L'évaluation du risque réel pour l'enfant guide la conduite à tenir et est souvent difficile à faire. Il est donc important de ne pas être seul pour cela, mais au sein d'un réseau, et de contacter les autres intervenants auprès de l'enfant et de sa famille. Il existe différentes situations.

Conduite à tenir en cas de maltraitance physique

Hospitalisation en urgence

Une hospitalisation en urgence est nécessaire :

- lorsqu'il existe des lésions somatiques graves ;
- lorsque le retentissement émotionnel est important sur l'enfant ou son entourage ;
- lorsque des lésions traumatiques sont constatées sans explication claire, en l'absence de traumatisme évident ;

- en l'absence de gravité clinique lorsque l'évaluation de la situation indique qu'il y a un risque important de survenue d'une maltraitance physique grave ; le médecin fait part de son inquiétude et de la nécessité d'un bilan médical pour expliquer les symptômes de l'enfant ;
- chez le nourrisson, chez qui il existe un risque de survenue de lésions neurologiques graves, voire mortelles. L'hospitalisation permet :
 - d'assurer la prise en charge immédiate s'il existe des lésions : administration de soins médicaux urgents ; photographie des lésions ; rédaction systématique d'un certificat médical précis et objectif ;
 - d'assurer la protection immédiate de l'enfant ;
 - de recueillir les premiers éléments de l'anamnèse et des antécédents de l'enfant : les faits doivent être recueillis de façon précise et objective ; les parents ne doivent percevoir ni jugement ni accusation de la part du médecin et de l'équipe paramédicale ; le carnet de santé, s'il est apporté, peut donner des renseignements utiles s'il met en évidence une surveillance médicale insuffisante ou irrégulière ;
 - d'affiner le diagnostic grâce à différents examens complémentaires, choisis en fonction du contexte ;
 - d'évaluer la situation grâce à l'observation du comportement de l'enfant et de ses parents en milieu neutre, l'observation d'une éventuelle régression de troubles somatiques et/ou psychologiques après séparation du milieu familial (reprise pondérale par exemple), l'évaluation par un psychologue ou pédopsychiatre de l'enfant et de la situation familiale, une évaluation de la situation sociale de la famille par l'assistante sociale.

Au terme de cette hospitalisation multidisciplinaire, un projet thérapeutique est élaboré pour préparer la sortie de l'enfant, en collaboration avec les partenaires extrahospitaliers : PMI, médecin traitant, Aide sociale à l'enfance, équipes sociales de secteur, intersecteur, médecin scolaire, etc. Les décisions peuvent être les suivantes :

- signalement judiciaire au Procureur de la République ;
- signalement administratif, nécessitant la coopération de la famille ;
- surveillance médicosociale simple.

Éléments de présomption

Dans de nombreux cas, le médecin n'a que des éléments de présomption. Si le risque de survenue de maltraitance physique grave immédiate ne semble pas important, l'hospitalisation peut ne pas être proposée dans un premier temps, d'autant plus que l'enfant est plus âgé. En l'absence d'hospitalisation, il est impératif qu'une surveillance de l'enfant à court terme puisse

être organisée. Il est également indispensable de ne pas rester seul pour effectuer l'évaluation de la situation, et de contacter les services de PMI, la crèche, l'école et/ou le service social de secteur selon les situations, pour rassembler le maximum d'informations. Au terme de l'évaluation, il est souhaitable que le médecin puisse informer la famille des constatations qu'il a faites, obtenir son accord pour une éventuelle hospitalisation et l'informer de ses démarches pour une intervention administrative ou judiciaire. Ces mesures doivent être présentées comme une aide, et non une sanction ou un retrait.

Le Code pénal distingue deux catégories de violences à enfant de moins de 15 ans, selon qu'il s'agit de brutalités simples ou de violences comportant des circonstances aggravantes :

- à l'état simple, si l'incapacité totale de travail (ITT) est inférieure à 8 jours (cette ITT est souvent difficile à évaluer chez les mineurs chez qui elle doit être entendue au sens physiologique du terme et non au sens d'interruption professionnelle) ;
- à l'état aggravé : ITT supérieure à 8 jours, incapacité permanente partielle (IPP) du fait d'une mutilation ou d'une infirmité permanente, acte commis par les parents ou toute personne ayant autorité sur la victime auteur des faits, délit d'habitude.

Conduite à tenir en cas d'abus sexuel

Lorsque l'abus est récent, l'examen clinique est une urgence médico-légale, et doit être réalisé dans les 72 heures pour pouvoir constater les lésions récentes et rechercher le sperme dans les prélèvements locaux. Des prélèvements bactériologiques locaux sont réalisés si l'enfant présente des signes locaux évocateurs d'infection ou si l'examen est fait à distance de l'abus. Ces prélèvements sont réalisés à l'aveugle par simple écouvillonnage dans l'introitus vaginal ou dans l'anus. Des tests sérologiques de dépistage sont réalisés lors de la consultation puis répétés à 1 et 3 mois : *Treponema pallidum haemagglutination assay* – *venereal disease research laboratory* (TPHA-VDRL), sérologie VIH, de l'hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure), hépatite C. En cas de pénétration vaginale chez l'adolescente pubère, un test de grossesse (dosage de β -human chorionic gonadotrophin) doit être effectué ; si l'abus date de moins de 3 jours, la prévention d'une grossesse doit être proposée. Au terme de cette première consultation, un certificat clair et objectif doit être rédigé en mentionnant les circonstances et le déroulement de l'agression tels que rapportés par l'enfant et/ou sa famille, le comportement de l'enfant et les données de l'examen clinique, en précisant si des prélèvements ont été effectués.

L'hospitalisation est indiquée :

- pour assurer la protection immédiate de l'enfant lorsque l'agresseur est proche du lieu de vie, particulièrement en cas d'abus intrafamilial ;
- pour assurer la prise en charge immédiate s'il existe des lésions génitales : administration de soins médicaux et/ou chirurgicaux urgents, prévention éventuelle de transmission du VIH et de l'hépatite B en cas d'abus sexuel en fonction du type de lésions, prévention éventuelle d'une grossesse, photographie des lésions, rédaction systématique d'un certificat médical précis et objectif ;
- en cas de retentissement psychologique sur l'enfant et/ou sa famille, ou en raison de l'importance des lésions génitales ;
- en cas de grossesse.

Un signalement judiciaire, adressé au Procureur de la République, est le plus souvent nécessaire. Une évaluation psychologique de l'enfant et de sa famille peut être proposée soit d'emblée, soit au cours du suivi, qu'il convient de proposer systématiquement.

Le Code pénal distingue pour ces violences le viol, c'est-à-dire « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commise avec violence, contrainte, menace ou surprise », et les autres types d'agression sexuelle. Les circonstances aggravantes suivantes sont relevées : âge de la victime de moins de 15 ans, l'auteur des faits étant soit un ascendant légitime, naturel ou adoptif, soit une personne ayant autorité sur la victime.

Conduite à tenir en cas de syndrome de Münchhausen par procuration

Diagnostic suspecté

Lorsque le diagnostic est suspecté, il faut hospitaliser l'enfant pour :

- proposer une séparation de l'enfant et de sa mère afin de constater la disparition de tous les symptômes ;
- réunir l'ensemble des antécédents médicaux de l'enfant auprès des différents médecins et services hospitaliers ;
- tenter d'apporter la preuve d'une intoxication par des dosages ;
- demander une évaluation psychiatrique de la mère et de la relation mère-enfant par un psychiatre expérimenté.

Dans certains pays, l'usage d'un enregistrement vidéo à l'insu des parents, au cours de l'hospitalisation, a permis de faire le diagnostic ; cependant, cette attitude est l'objet d'un débat éthique car il est réalisé sans le consentement des parents.

Diagnostic affirmé

Lorsque le diagnostic est affirmé, le signalement judiciaire est indispensable. Il permet de séparer l'enfant de sa mère en cas de risque somatique grave, d'assurer un suivi médical cohérent de l'enfant, de demander une expertise psychiatrique maternelle. Le diagnostic doit être clairement annoncé à la famille.

■ Facteurs de risque de maltraitance

Les études épidémiologiques ont mis en évidence des facteurs de risque de survenue de maltraitance ; l'identification de ceux-ci permet de proposer des mesures de prévention pour certaines familles à risque.

On distingue schématiquement les facteurs de risques liés aux parents, à l'enfant et à sa fratrie, et à l'environnement.

Facteurs de risque liés aux parents

Antécédents des parents

Le jeune âge des mères semble être l'un des principaux facteurs de risque ainsi que leur faible niveau d'éducation. L'existence de carences ou mauvais traitements est retrouvée chez beaucoup de parents maltraitants. Beaucoup de parents ont aussi subi des placements itératifs dans leur enfance. Les troubles psychiatriques sont rares et peuvent conduire à un comportement inadapté vis-à-vis de l'enfant. On distingue deux situations :

- l'existence d'une déficience mentale ou d'une pathologie psychiatrique sévère permanente (schizophrénie, paranoïa, perversion) est rare, et l'on considère qu'elle ne concerne que moins de 10 % des parents maltraitants ;
- l'existence de troubles psychiques épisodiques : alcoolisme, toxicomanie, psychose puerpérale, dépression de type mélancolique de la mère.

Les traits de personnalité caractéristiques sont en fait beaucoup plus fréquemment retrouvés qu'une pathologie psychiatrique bien définie : immaturité affective ; indifférence à l'état de santé de l'enfant ; rigidité, notamment pour les principes d'éducation ; intolérance à certains comportements considérés comme difficiles de l'enfant.

Structure du couple

Une famille monoparentale, ou recomposée, un conflit conjugal, sont des facteurs de risque de survenue de maltraitance.

Déroulement de la grossesse

Il s'agit : de grossesse non ou mal suivie, non déclarée ; grossesse non désirée (les grossesses issues d'un viol représentent une situation à risque élevé) ; déni de la grossesse et/ou

demande tardive d'interruption de grossesse n'ayant pu aboutir pour diverses raisons ; grossesse marquée par un traumatisme psychoaffectif (deuil récent, épisode psychiatrique) ; pathologies obstétricales nécessitant une hospitalisation prolongée, pouvant entraîner un « épuisement psychique » de la mère et l'installation précoce de mauvaises relations entre la mère et son enfant.

Facteurs de risque liés à l'enfant

Ils sont souvent liés à une insuffisante ressemblance entre l'enfant imaginé pendant la grossesse et l'enfant réel issu de l'accouchement :

- séparation précoce et/ou prolongée entre l'enfant et ses parents ;
- prématurité ;
- gémeauté ;
- existence d'un handicap, notamment d'un handicap mental ;
- existence de troubles du comportement tels qu'une agitation, des troubles mictionnels ou des troubles du comportement alimentaire qui peut favoriser la survenue de mauvais traitements chez un enfant considéré comme « difficile ».

Facteurs de risque liés à l'environnement

Ce sont :

- les conditions socioéconomiques : la maltraitance peut survenir dans tous les contextes socioéconomiques, mais elle se constate plus souvent dans des familles défavorisées, où se rencontrent le chômage, l'insuffisance de ressources, les mauvaises conditions de logement, le déracinement du groupe social, et dans lesquelles elle est aussi probablement plus facile à détecter que dans des familles de haut niveau socioculturel ; l'isolement social est extrêmement fréquemment retrouvé dans les familles maltraitantes ;
- le milieu institutionnel : l'existence de mauvais traitements en milieu institutionnel, notamment envers les enfants

porteurs d'un handicap, de difficultés psychologiques ou de désadaptation sociale a été bien décrite.

La prise en charge d'enfants victimes de maltraitance nécessite donc une évaluation pluridisciplinaire. Le médecin a pour rôle de protéger l'enfant, mais pas de trouver l'auteur de la maltraitance.

Cet article a été publié pour la première fois en 2004 dans le traité d'Urgences.

Références

- [1] Duhaine AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Non accidental head injury in infants. The "shaken baby syndrome". *N Engl J Med* 1998;**338**:1822-9.
- [2] Budenz DL, Farber MG, Mirchandani HG, Park H, Rorke LB. Ocular and optic nerve hemorrhages in abused infants with cranial injuries. *Ophthalmology* 1994;**101**:559-65.
- [3] Kalifa G, Cohen PA. Imagerie de la maltraitance. *Mt Pediatr* 1998;**1**:89-116.
- [4] Leventhal JM. Epidemiology of sexual child abuse. *Child Abuse Negl* 1998;**22**:481-91.
- [5] Committee on child abuse and neglect. American academy of pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1991;**87**:254-60.
- [6] Frappier JY, Haley N, Allard-Dansereau C. In: *Abus sexuels. Examen*. Montréal: Presses universitaires de Montréal; 1990. p. 66-85.
- [7] Wolfe DA. *Child abuse : implications for child development and psychopathology*. Newbury Park: Sage; 1987.
- [8] Cerezo MA, Frias D. Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse Negl* 1994;**18**:923-32.
- [9] Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;**2**:343-5.
- [10] Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child* 1992;**67**:1510-6.

B. Bader-Meunier (brigitte.bader-meunier@bct.ap-hop-paris.fr).

V. Nouyrigat.

Service de pédiatrie générale, Fédération de pédiatrie, Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Bader-Meunier B., Nouyrigat V. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-B-20, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com

