

Reconnaître et prendre en charge la maltraitance chez l'enfant

Diagnosis and Management of Child Abuse

S. Bontemps · A. Matthews-Gaulon · F. Dubos · A. Martinot

Reçu le 3 septembre 2015 ; accepté le 19 janvier 2016
© SRLF et Lavoisier SAS 2016

Résumé La maltraitance chez l'enfant est un phénomène grave, fréquent et probablement très sous-estimé. Les services d'urgences et de réanimation prenant en charge des enfants sont parmi les services hospitaliers les plus concernés par ces situations. L'évocation et le diagnostic de la maltraitance sont parfois difficiles et la difficulté pour les médecins est souvent d'y penser. On distingue la maltraitance physique, psychologique, sexuelle, les négligences lourdes et le syndrome de Münchhausen par procuration. Le diagnostic doit être fait sur l'évaluation des signes cliniques, des facteurs de risque, des propos recueillis, ainsi que sur le comportement de l'enfant et de son entourage. Cette évaluation et la prise en charge sont multidisciplinaires, en collaboration avec les partenaires de la protection de l'enfance (services de Protection maternelle et infantile, médecin traitant, Justice), et sont guidées par les nécessités de soins, de protection et d'accompagnement de l'enfant. La transmission des informations aux autorités compétentes et la protection de l'enfant sont une obligation légale pour le médecin. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance précise la place des deux types de « signalements » : l'information préoccupante et le signalement judiciaire. La Haute Autorité de santé a émis récemment des recommandations qui constituent le document de référence.

Mots clés Maltraitance · Enfant · Urgences

A. Martinot (✉)
Pôle enfant, hôpital Jeanne-de-Flandre, 2, avenue Oscar-Lambret,
F-59037 Lille cedex, France
e-mail : alain.martinot@chru-lille.fr

S. Bontemps · F. Dubos · A. Martinot
Service d'urgences pédiatriques, CHU de Lille,
F-59000 Lille, France

A. Matthews-Gaulon
Unité de pédiatrie sociale, CHU de Lille, F-59000 Lille, France

F. Dubos · A. Martinot
EA 2694–Santé publique : épidémiologie et qualité des soins,
université de Lille, F-59000 Lille, France

Abstract Child abuse is a serious, frequent, and probably underestimated phenomenon. Emergency room and intensive care units are among the most affected hospital units by these situations. To think about it and to diagnose child abuse are sometimes difficult. Child abuse includes physical, psychological, and sexual abuse, important carelessness and Munchausen syndrome by proxy. Diagnosis of child abuse is based on clinical signs, risk factors, interviews, and behaviors of the child and his family. This assessment and management of child abuse are multidisciplinary, in collaboration with institutional partners (Mother and Child Protection services, Law services), and should be based on the duty of care, protection, and support of the child. The transmission of information to the legal authorities, and the protection of those children is a legal duty for physicians. French "Haute Autorité de santé" (Health Authority) has recently written recommendations on child abuse management.

Keywords Child abuse · Emergency care

Introduction

Les situations de maltraitance chez l'enfant sont décrites par le corps médical depuis la moitié du XIX^e siècle (Ambroise Tardieu, 1860). Bien que très fréquente, la maltraitance chez l'enfant reste probablement sous-estimée [1], car difficile à reconnaître par les soignants en raison de la diversité de ses présentations et des barrières psychologiques personnelles et sociales des professionnels de santé. Les services d'urgences et de réanimation accueillant des enfants sont parmi les services hospitaliers les plus concernés par ces situations de maltraitance. Il importe donc que leurs personnels en connaissent bien les particularités afin de savoir les évoquer, les diagnostiquer et les prendre en charge. La Haute Autorité de santé (HAS) a émis en octobre 2014 des recommandations sur le sujet qui constituent le document de référence [2].

Définitions

La maltraitance a connu plusieurs définitions au cours du temps. La définition la plus communément admise est celle de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas) [3], distinguant :

- « l'enfant maltraité », enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement psychologique et physique ;
- « l'enfant en risque de maltraitance », enfant connaissant des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- « l'enfance en danger » regroupant les deux catégories précédentes.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ne fait pas explicitement ces distinctions et mentionne simplement les « mineurs en situation de danger » [4].

Épidémiologie

La prévalence de la maltraitance chez l'enfant reste imprécise. Les derniers chiffres d'incidence publiés par l'ODAS datent de 2007 et faisaient état de 98 000 nouveaux enfants signalés en danger en France durant l'année 2006, incluant 19 % d'enfants maltraités et 81 % d'enfants en risque de maltraitance [5]. L'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) indiquait pour sa part en 2012 que 284 000 mineurs faisaient l'objet d'une mesure de protection de l'enfance, soit une prévalence de près de 2 % des moins de 18 ans en France [6].

Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait des difficultés diagnostiques et d'une insuffisance de signalements. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

avance, pour l'Europe, des chiffres de prévalence de 22,9 % pour la maltraitance physique et de 29,1 % pour la maltraitance psychologique [7]. Dans les pays à « haut niveau de revenus », il est estimé qu'un enfant sur dix est victime de maltraitance et de négligence [8]. Les travaux de Tursz et al. permettent d'estimer à 255 par an le nombre d'infanticides de nourrissons de moins d'un an en France [9]. Une extrapolation de ces travaux amènerait au nombre d'un à deux décès par jour en France d'enfants du fait de maltraitance.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque connus de maltraitance sont exposés dans le Tableau 1 [2,10–12]. La maltraitance peut néanmoins survenir chez tout enfant et dans tout milieu social, et le risque semble surtout lié à une accumulation de facteurs à un moment donné de la vie de l'enfant. Ces facteurs de risque constituent donc des signaux d'alerte à apprécier lors de l'évaluation d'une situation de potentielle maltraitance, mais leur absence ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

Circonstances diagnostiques

Le diagnostic de maltraitance peut se poser dans deux grands types de circonstances. L'enfant peut être amené à consulter pour le motif de suspicion de maltraitance, énoncé comme tel par ses parents, un autre adulte, le médecin traitant, ou les services de Protection maternelle et infantile (PMI), devant le constat de lésions ou de propos de l'enfant évocateurs de maltraitance. Mais la maltraitance doit aussi être évoquée dans des situations moins évidentes chez un enfant consultant pour un tout autre motif. Les éléments évocateurs sont toute lésion incohérente avec l'âge de l'enfant et son niveau

Tableau 1 Facteurs de risque de maltraitance chez l'enfant

Facteurs de risque liés à l'enfant	Facteurs de risque liés à la famille et à l'environnement
Jeune âge	Carences éducatives parentales
Prématurité	Conflits de couple
Gémellité	Violences conjugales
Séparation précoce mère–enfant (hospitalisation néonatale par exemple)	Immaturité parentale
Troubles du comportement ou du développement	Problèmes psychopathologiques parentaux, antécédents de violences subies par les parents durant l'enfance
Pleurs fréquents	Addictions parentales
Handicap	Précarité
	Isolement social

de développement, ou incohérente avec le mécanisme invoqué, des explications fluctuantes au cours de l'entretien, un retard de recours aux soins, des consultations multiples, un nomadisme médical, des faits de maltraitance dans la fratrie, des troubles de l'état émotionnel et du comportement. La Société française de médecine d'urgence a synthétisé dans ses recommandations les différents signes d'alerte lors de la consultation aux urgences [10]. Le Tableau 2 résume ces principaux signes d'alerte. Le diagnostic de maltraitance s'appuie sur l'évaluation des facteurs de risque, les lésions constatées, les propos recueillis, ainsi que sur le comportement de l'enfant et de son entourage.

Différents types de maltraitance

On distingue les signes de maltraitance physique, sexuelle, psychologique, les négligences lourdes et le syndrome de Münchhausen par procuration.

Signes de maltraitance physique

La description du « syndrome de l'enfant battu », basée essentiellement sur les stigmates physiques de maltraitance, a été réalisée pour la première fois par Kempe et al. en 1962 [13]. Les signes de maltraitance physique associent des lésions tégumentaires, osseuses, viscérales et cérébro-méningées avec le cas particulier du syndrome du bébé secoué.

Les lésions tégumentaires sont les plus fréquentes, présentes chez plus de 90 % des enfants victimes de maltraitance physique. Il peut s'agir d'érythèmes, d'ecchymoses, de purpura d'allure mécanique, d'hématomes, de plaies, de brûlures ou de morsures. Les ecchymoses suspectes de maltraitance sont celles observées chez un nourrisson ne se

déplaçant pas seul, des lésions de grande taille ou multiples, prenant la forme d'objets ou de doigts, des lésions d'âges différents et l'association à d'autres types de lésions cutanées. Les localisations suspectes sont celles ne siégeant pas sur les zones convexes du corps de l'enfant (localisations accidentelles les plus habituelles au niveau des crêtes tibiales, des genoux et du front). Des explications incohérentes avec les lésions constatées doivent rendre vigilant. La présence d'ecchymoses ou d'hématomes suspects nécessite la réalisation d'un hémogramme et d'une évaluation de l'hémostase (taux de plaquettes, TP, TCA, facteurs de coagulation). Le diagnostic différentiel peut être un trouble de l'hémostase, un purpura thrombopénique, un purpura rhumatoïde, une hémopathie maligne, une tâche mongoloïde, un syndrome de Hutchinson (ecchymoses orbitaires secondaires à des métastases de neuroblastome), ou des pratiques médicales traditionnelles comme le Cao-Gio (dermatites linéaires pratiquées dans l'Asie du Sud-Est) ou le *cupping* (utilisation de ventouses).

D'autres lésions doivent, selon le contexte, faire évoquer une maltraitance : alopecie, lésions endobuccales (liées à une ouverture forcée de la bouche), hémotympan, syndrome du cheveu étrangleur. Le syndrome du cheveu étrangleur ou syndrome du tourniquet est un enroulement étroit de cheveux ou de fibres autour d'un appendice (orteil, doigt, pénis, clitoris, grandes ou petites lèvres) habituellement chez un enfant de moins de deux ans. La cause accidentelle (associée ou non à une négligence de sécurité) ou volontaire (maltraitance physique) de ce syndrome est débattue, et la constatation de ces signes doit amener à un questionnement.

Les brûlures intentionnelles peuvent prendre la forme d'un objet (cigarette, fer à repasser), ou lors d'une immersion forcée dans un liquide chaud, présenter un caractère symétrique, des limites nettes, une profondeur uniforme. Les

Tableau 2 Principaux signes d'alerte devant faire penser à une possible maltraitance (d'après Gilbert et al. [8])

	Liés à l'enfant	Liés à l'entourage
Présentation	Manque d'hygiène Tenue vestimentaire inappropriée Mutisme, apathie Anxiété, agitation	Agressivité État d'ivresse Troubles du comportement liés à un abus de toxiques
Interactions avec les soignants	Hostilité, fuite du regard Cris, pleurs incessants Quête affective Réactions de défense	Chantage, manipulations, menaces Refus véhément de l'admission Demandes à répétition d'exams complémentaires
Interactions entre l'enfant et l'entourage		Indifférence affective, froideur Attitude de rejet Dévalorisation, humiliation de l'enfant Commentaires inappropriés Violence physique ou verbale

brûlures de zones généralement protégées par les vêtements sont suspectes, ainsi que les brûlures associées à d'autres types de lésions, ou les brûlures d'âges différents. Les circonstances de la brûlure peuvent témoigner d'une possible négligence en termes de sécurité (enfant laissé seul dans une situation à haut risque d'accident domestique).

L'origine humaine d'une morsure est suspectée devant leur forme ovalaire, avec ou sans ecchymose centrale, et leur caractère moins profond qu'une morsure animale. Une morsure par un adulte plutôt que par un enfant est plus fréquemment évoquée devant des lésions comportant une distance intercanine maxillaire de plus de 3 cm [11].

Les fractures très spécifiques de maltraitance physique sont les « lésions métaphysaires classiques », en coin ou en anse de seau, les fractures d'arcs postérieurs de côtes, du sternum, de l'acromion, des processus épineux vertébraux, des doigts, des orteils ainsi que les fractures multiples ou d'âge différent [14]. Les fractures diaphysaires des os longs (spécialement chez l'enfant ne se déplaçant pas seul), les appositions périostées et les fractures du crâne sont fréquentes en cas de maltraitance mais non spécifiques [14]. De façon générale, toute fracture chez un nourrisson ne se déplaçant pas seul est suspecte, en dehors d'un contexte de traumatisme de forte cinétique. Le terme de syndrome de Silverman devrait être réservé aux seuls nourrissons présentant des fractures multiples d'âges différents [15].

Une fracture suspecte de maltraitance physique chez un jeune enfant nécessite des radiographies du squelette complet. La Société francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale (SFIPP) recommande de réaliser des radiographies du squelette complet chez tous les nourrissons de moins de deux ans, notamment dans le cadre des suspicions de syndrome du bébé secoué, et de se limiter à des clichés centrés sur les zones suspectes chez les enfants de plus de cinq ans, en préconisant une évaluation au cas par cas chez les enfants entre deux et cinq ans [16]. La présence de fractures suspectes nécessite d'éliminer un rachitisme, une fragilité osseuse constitutionnelle, une anomalie du métabolisme du cuivre. De même, un contexte de prématurité ou d'immobilisation d'origine neurologique doit rendre prudent dans l'interprétation des fractures.

Les lésions viscérales sont rares en cas de maltraitance, mais souvent graves. Les organes pleins sont plus souvent atteints que les organes creux, même si ces derniers sont en proportion plus souvent lésés que lors d'un traumatisme accidentel. Les atteintes pancréatiques, en l'absence d'accident de la voie publique ou de traumatisme par un guidon de vélo, doivent faire évoquer une maltraitance. De façon générale, toute lésion intra-abdominale ou intrathoracique est suspecte en l'absence de traumatisme accidentel majeur. L'échographie abdominale est d'indication fréquente en cas de suspicion de maltraitance physique, surtout chez l'enfant jeune, même en l'absence de symptômes abdominaux.

Le syndrome du bébé secoué : décrite initialement par le Caffey en 1972 sous le terme de *whiplash shaking infant syndrome* [17], cette entité regroupe actuellement l'ensemble des conséquences du secouement d'un nourrisson, occasionnant un traumatisme crânien non accidentel particulièrement grave. Le secouement d'un jeune nourrisson occasionne un mouvement violent de va-et-vient de l'encéphale dans la boîte crânienne, avec un arrachement des veines pont et la formation d'hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes. Les conséquences sont dramatiques, avec 10 à 40 % de décès et plus de 50 % de séquelles neurologiques graves [18,19]. Les symptômes surviennent sans intervalle libre, à type de malaises graves, troubles de la vigilance, apnées, convulsions, modifications du comportement, vomissements, pâleur et conduisent souvent à une prise en charge en réanimation. La HAS indique que le diagnostic de traumatisme crânien infligé par secouement, chez un enfant de moins d'un an, après élimination des diagnostics différentiels, est « hautement probable, voire certain en cas d'association d'hémorragies extra-axiales plurifocales (hématomes sous-duraux, hémorragies sous-arachnoïdiennes) et d'hémorragies rétiniennes profuses éclaboussant la rétine jusqu'à la périphérie et d'histoire absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant » [20]. Il convient d'écarter systématiquement les diagnostics différentiels (troubles de l'hémostase, malformation artérioveineuse, infection cérébro-méningée, déshydratation hypernatrémique, acidurie glutarique de type 1, anomalies du métabolisme du cuivre).

Maltraitance sexuelle

Kempe, en 1977, définissait l'abus sexuel comme la « participation d'un enfant ou d'un adolescent, dépendant et immature sur le plan de son développement psychosexuel, à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, auxquelles il n'est pas en capacité de consentir ou qui transgressent les tabous sociaux » [21]. La HAS en 2011 définissait la maltraitance sexuelle envers un mineur comme le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle, avec ou sans contact physique et/ou à l'exploiter sexuellement [22].

Les symptômes d'appel peuvent être le dévoilement des faits par le mineur, ou des symptômes de la sphère génito-anales, mais aussi un comportement sexuel anormal pour l'âge, une baisse du rendement scolaire, des conduites à risque, des troubles émotionnels. Il est parfois difficile de faire la différence entre des symptômes révélateurs de maltraitance sexuelle et des comportements sexuels normaux chez l'enfant [23]. Ces comportements ou jeux sexuels infantiles se déroulent entre jeunes enfants de la même classe d'âge, sans violence, contrainte, peur ou intimidation, et peuvent s'arrêter avec la présence des adultes.

Lors de l'examen, on s'attache à apprécier le traumatisme psychologique de l'enfant. L'examen physique est une urgence médico-légale si les faits présumés se sont déroulés dans les 72 heures [22]. L'examen cutanéomuqueux est précis. L'examen génitoanal est réalisé, au mieux, de façon conjointe entre le praticien accueillant l'enfant et le médecin légiste. Un examen gynécologique normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle [24]. Les prélèvements locaux sont effectués dans le même temps (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, recherche de spermatozoïdes, d'ADN). Un bilan sanguin et urinaire est le plus souvent réalisé (bêta-HCG, sérologies HIV, syphilis, hépatite C, hépatite B, HSV, HTLV, *C. trachomatis*, recherche de toxiques urinaires et sanguins). Les vêtements de l'enfant sont gardés dans un sac en papier, afin de limiter la prolifération microbienne. La prise en charge est à la fois psychologique, gynécologique (contraception d'urgence), infectieuse (prévention des infections sexuellement transmissibles, trithérapie anti-HIV à discuter), chirurgicale si besoin, et médico-légale [22]. Sur ce dernier plan, elle relève quasi exclusivement d'un signalement judiciaire, voire d'une hospitalisation en urgence s'il y a nécessité de protection immédiate de l'enfant.

Maltraitance psychologique

L'Odas indique que la maltraitance psychologique consiste en une « atteinte à la dignité de l'enfant en tant que personne humaine et à ses besoins psychologiques fondamentaux de sécurité, d'amour, de sentiment d'appartenance et d'estime de soi ». Cette maltraitance psychologique peut être définie comme une attitude (paroles et actes) intentionnellement et/ou durablement hostile et rejetante vis-à-vis d'un enfant [11]. Les circonstances du diagnostic sont là aussi diverses : état de stress, syndrome dépressif, troubles du comportement, troubles des conduites, tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire, baisse du rendement scolaire, manœuvres d'évitement... Le diagnostic de maltraitance psychologique est difficile, et son dépistage par des questions simples doit être large. Une forme particulière de maltraitance psychologique est le syndrome de Kramer contre Kramer, qui consiste en des allégations de mauvais traitements de la part d'un des parents, dans un contexte de conflit de couple. L'enfant est alors enjeu de ce conflit, ce qui entraîne de réelles situations de maltraitance psychologique (multiplication des démarches et consultations médicales, dénigrement du conjoint devant l'enfant).

Une grande vigilance doit ainsi être portée aux enfants lors des consultations des parents dans les services d'urgences pour violences conjugales, car il s'agit d'une véritable situation de maltraitance psychologique pour les enfants [25]. De plus, dans 40 % des cas, les enfants exposés à la violence conjugale sont eux-mêmes victimes de maltraitance physique [26].

Négligences lourdes

Les négligences lourdes sont définies par l'OMS comme le fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant, s'il est en position de le faire, dans un ou plusieurs domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger [27]. Ces négligences lourdes peuvent être à l'origine d'une dénutrition, d'un retard staturopondéral (carence d'apports), à l'extrême d'un nanisme psychosocial (trouble de la relation mère-enfant), ou de troubles du comportement. Un refus de soins ou une carence de soins pouvant avoir des conséquences graves sur l'enfant sont considérés comme des faits de négligence lourde. Les consultations successives pour accidents domestiques à répétition, surtout chez le jeune enfant, doivent alerter sur une possible négligence de sécurité.

Bien que la précarité soit parfois citée comme facteur de risque de négligence, il est primordial de ne pas stigmatiser la seule pauvreté, et de se souvenir que les négligences lourdes existent dans tous les milieux familiaux.

Syndrome de Münchhausen par procuration

Il s'agit d'une forme rare mais particulièrement grave de maltraitance chez l'enfant, où le parent allègue ou induit une maladie chez son enfant [28]. Le syndrome de Münchhausen par procuration est à l'origine de consultations ou hospitalisations répétées, contrastant souvent avec la normalité de l'examen clinique, et d'un nomadisme médical. Les symptômes régressent lors de la séparation de l'enfant et du responsable du syndrome. Trois formes sont décrites : fausses allégations de signes ou symptômes, fausses allégations de signes ou symptômes avec falsification des données cliniques ou biologiques, induction d'une maladie par différents moyens [29]. Le diagnostic de cette forme de maltraitance est extrêmement difficile, et nécessite un suivi centralisé des différents événements « médicaux », une évaluation multidisciplinaire, voire une hospitalisation. La recherche de toxiques urinaires dans ce contexte doit être facilement réalisée, à la recherche d'une forme active de syndrome de Münchhausen.

Législation

La fréquence de la maltraitance chez l'enfant ne rend pas moins difficiles sa prise en charge et son signalement par les médecins. Le Conseil de l'Ordre national des médecins estimait ainsi en 2002 que seulement 2 à 5 % des signalements judiciaires dans ce domaine émanaient du corps médical [30]. En particulier, la nécessité de préserver le secret médical est parfois opposée aux obligations de signalement. Il ne doit rien en être. En effet, le Code pénal (art. 226-14) et

le Code de santé publique (art. R4127-44) obligent le médecin à déroger au secret professionnel et notamment au secret médical dans les situations de maltraitance chez les mineurs [31,32]. La protection de l'enfance est donc une obligation légale. « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage » (Code de santé publique – art R4127-43) [32]. Le soignant « n'a pas à être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente » (HAS 2014) [2]. Concernant la mise en œuvre du « signalement », la loi du 5 mars 2007 réformant le dispositif de protection de l'enfance affirme le rôle central du conseil départemental et introduit la notion d'information préoccupante [4].

Prise en charge

Entretien initial

L'adulte accompagnant l'enfant est vu en entretien, si possible sans l'enfant. En premier lieu, les coordonnées administratives des deux parents sont prises, ainsi que le mode de garde de l'enfant, les coordonnées des différents référents médicaux, sociaux ou judiciaires, les mesures judiciaires antérieures éventuelles, les démarches déjà effectuées. Les faits allégués sont retranscrits par écrit, de façon précise, sans chercher à faire la preuve de la maltraitance. Des informations concernant l'environnement de l'enfant, son milieu familial sont recueillies.

L'enfant doit ensuite être entendu, dès que son âge le permet, si possible sans les adultes accompagnants, afin de diminuer le conflit de loyauté. L'entretien doit avoir lieu dans un endroit calme, dans un climat de confiance, et l'entretien doit commencer par des questions ouvertes (« qu'est-ce qui t'est arrivé ? », « pourquoi viens-tu chez le médecin ? »...). Le but n'est pas de faire la preuve de la situation de danger, mais de recueillir le plus soigneusement possible la parole de l'enfant avec ses propres mots, sans interprétation. Les propos sont soigneusement notés.

Nécessités de soins, de protection et d'accompagnement

La prise en charge doit être collégiale : il ne faut pas rester seul face à un doute sur une maltraitance. On peut structurer la prise en charge en trois nécessités :

- quand un médecin suspecte une maltraitance, la première question est de préciser le niveau d'urgence des **soins** à apporter ;
- en parallèle, il convient de savoir si l'enfant est **protégé** à son domicile. S'il existe un danger immédiat, avec auteur présumé au domicile de l'enfant, l'hospitalisation est obli-

gatoire. Si les détenteurs de l'autorité parentale n'adhèrent pas à ce projet, un signalement judiciaire est réalisé en urgence au procureur pour que celui-ci ordonne un placement provisoire (OPP), avec hospitalisation le temps des soins. De façon générale, le médecin a le devoir de signaler les situations de maltraitance aux autorités compétentes. La loi de mars 2007 précise les deux niveaux de « signalement » : l'information préoccupante et le signalement judiciaire. Un enjeu du signalement peut aussi être la protection du reste de la fratrie ;

- enfin, l'**accompagnement** ultérieur et l'orientation de l'enfant et sa famille après la prise en charge hospitalière doivent être précisés. La liaison avec les partenaires « extérieurs » est ici primordiale (PMI, associations d'aide aux victimes, médecin traitant, psychologue). En particulier, dans les situations de doute ou de repérage de facteurs de fragilité, le relais doit être passé aux services de PMI.

Quand et comment signaler ?

Information préoccupante

L'Oned définit l'information préoccupante comme l'ensemble des éléments susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger (faits observés, propos entendus, inquiétude...). Une information préoccupante doit donc être réalisée en cas de crainte d'une situation de maltraitance, de doute sur une maltraitance ou pour un enfant en risque de maltraitance. L'information préoccupante doit être réalisée s'il n'y a pas de caractère de grande urgence et si les détenteurs de l'autorité parentale apparaissent protecteurs.

Cette information préoccupante est réalisée sous forme d'un écrit reprenant les éléments à l'origine des inquiétudes, les données cliniques, les propos de l'enfant et des accompagnants (propos rapportés entre guillemets, au conditionnel), le comportement observé, les facteurs de risque repérés et les renseignements administratifs (domicile en particulier). Cette information préoccupante est adressée par courrier ou par fax à la Cellule départementale de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) du domicile ou aux deux CRIP des domiciles parentaux si les parents sont séparés. Les parents sont informés de cette démarche, « sauf intérêt contraire de l'enfant ». Cette information préoccupante, une fois qualifiée par les professionnels du conseil départemental, conduira à une évaluation de la situation.

Signalement judiciaire

Depuis 2007, les signalements judiciaires doivent être réservés aux situations de maltraitance grave, de nécessité de

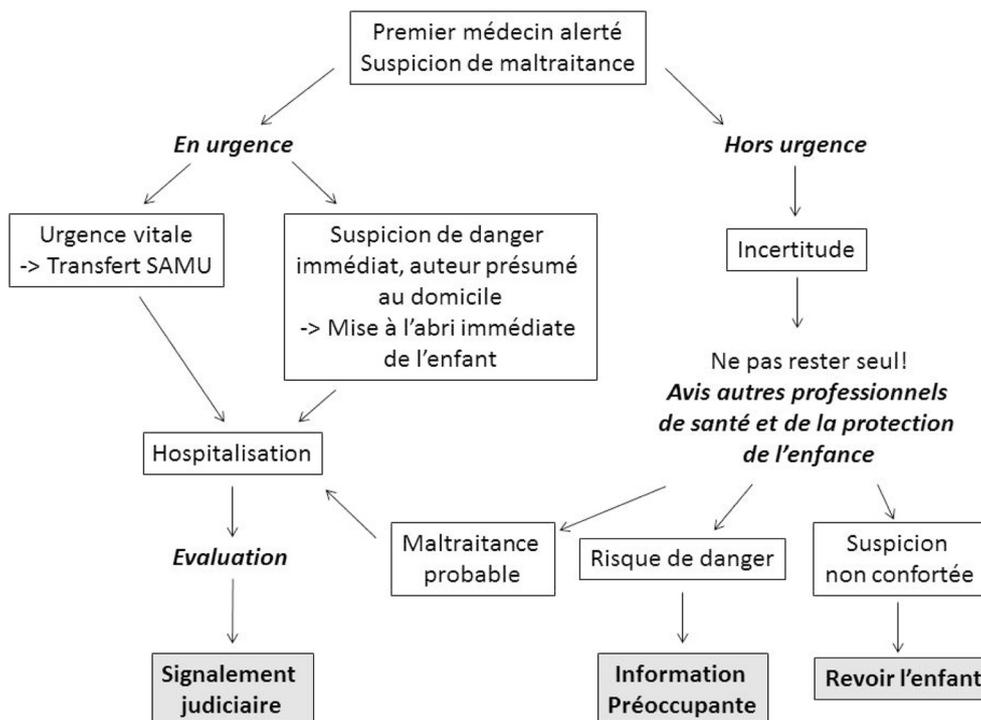


Fig. 1 Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance chez un enfant (d'après Christian [1])

protection immédiate de l'enfant ou en cas de refus de coopération des détenteurs de l'autorité parentale. Ce signalement judiciaire résulte d'une évaluation et d'une collaboration médicopsychosociale, aboutissant à un écrit reprenant tous les éléments de danger recueillis par chacun des intervenants. Un modèle a été proposé par l'Ordre national des médecins [33] et par la HAS [2]. Ce signalement est adressé par fax puis par courrier au procureur de la République (substitut du procureur aux mineurs) du tribunal de grande instance dont dépend l'enfant. Le procureur est joint en parallèle par téléphone par le médecin ou l'assistante sociale (en dehors des heures ouvrables, appeler le 17 en précisant la demande). Une copie à la CRIP est réalisée. L'information du signalement est donnée aux parents. Le signalement judiciaire peut aboutir à une OPP, à une enquête de police ou à un classement sans suite.

La Figure 1 synthétise la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance chez un enfant (d'après les recommandations de la HAS 2014 [2]).

Conclusion

Les situations de maltraitance chez l'enfant sont fréquentes, et il est primordial de savoir les reconnaître. Ces situations nécessitent une prise en charge conjointe avec les partenaires (médecins de ville, services hospitaliers, PMI), en respectant les nécessités de soin, de protection et d'accompagnement.

L'importance de renforcer le dépistage de la maltraitance, l'évaluation pluridisciplinaire des situations et l'intérêt d'un bon partenariat entre l'hôpital, le conseil départemental et le monde judiciaire ont été très récemment soulignés dans la feuille de route sur la Protection de l'enfance 2015–2017 du ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes [34].

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics (2015) The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 135:e1337–e54
2. Haute Autorité de santé (2014) Maltraitance chez l'enfant, repérage et conduite à tenir. Novembre. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf. Dernière consultation en août 2015
3. Observatoire national de l'action sociale décentralisée (2001) L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf. Dernière consultation en décembre 2015
4. Ministère des Affaires sociales (2007) Loi du 5 mars 2007. www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/textes-rapports-publications,1795/la-loi-du-5-mars-2007-reformant-la,7915.html. Dernière consultation en août 2015

5. Observatoire national de l'action sociale décentralisée (2007) Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. *odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf*. Dernière consultation en août 2015
6. Observatoire national de l'enfance en danger (2015) Les chiffres clés en protection de l'enfance. <http://oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>. Dernière consultation en août 2015
7. Organisation mondiale de la santé, Sethi D, Bellis M, et al (2013) European report on preventing child maltreatment. WHO, Copenhagen. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf. Dernière consultation en août 2015
8. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373:68–81
9. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM (2010) Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl* 34:534–44
10. Société française de médecine d'urgence (2004) Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences. http://www.sfmu.org/upload/consensus/cc_maltraitance_long.pdf. Dernière consultation en août 2015
11. Rey-Salmon C, Adamsbaum C (2013) Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier, Paris, 230 p
12. Gosset D, Hedouin V, Revuelta E, Desurmont M (1997) Maltraitance à enfant, 2^e édition. Masson, Paris, 197 p
13. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al (1962) The battered child syndrome. *JAMA* 181:17–24
14. Kodner C, Wetherton A (2013) Diagnosis and management of physical abuse in children. *Am Fam Physician* 88:669–75
15. Silverman FN (1972) Unrecognized trauma in infants, the battered child syndrome, and the syndrome of Ambroise Tardieu. *Rigler Lecture. Radiology* 104:337–53
16. Adamsbaum C, Méjean N, Merzoug V, Rey-Salmon C (2010) How to explore and report children with suspected non-accidental trauma. *Pediatr Radiol* 40:932–8
17. Caffey J (1972) On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child* 124:161–9
18. Barlow K, Thompson E, Johnson D, et al (2004) The neurological outcome of non-accidental head injury. *Pediatr Rehabil* 7:195–203
19. Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, et al (2015) Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *J Neurosurg Pediatr* 31:1–8
20. Haute Autorité de santé (2011) Syndrome du bébé secoué, recommandations. Mai. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome_du_bebe_secoue_-_recommandations_de_la_commission_d_audition.pdf. Dernière consultation en août 2015
21. Kempe CH (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 62:382–9
22. Haute Autorité de santé (2011) Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Mai. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2 clics_reperage_et_signalement_inceste_par_les_medecins.pdf. Dernière consultation en août 2015
23. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, et al (1998) Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics* 101:E9
24. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al (2008) Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 300:2779–92
25. Observatoire national de l'enfance en danger (2012) Les enfants exposés à la violence conjugale. Décembre. http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf. Dernière consultation en août 2015
26. Appel AE, Holden GW (1998) The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal. *J Fam Psychol* 12:570–99
27. Organisation mondiale de la santé, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf. Dernière consultation en août 2015
28. Stirling J Jr, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2007) Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 119:1026–30
29. Labbé J (2009) Quand la réalité dépasse la fiction : le syndrome de Münchhausen par procuration. Université Laval, Québec. http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/etudiants/notes_de_cours/munchausen.pdf. Dernière consultation en décembre 2015
30. Haute Autorité de santé (2015) Maltraitance des enfants. Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Questions-réponses. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf. Dernière consultation en août 2015
31. Code pénal, article 226-14. <http://www.legifrance.gouv.fr/affich-CODEArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946>. Dernière consultation en août 2015
32. Code de déontologie médicale (2014) <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>. Dernière consultation en août 2015
33. Ordre national des médecins (2015) Sévices à mineur : modèle type de signalement. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/signalement_sevices.pdf. Dernière consultation en août 2015
34. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie (2015–2017) Protection de l'enfance, Feuille de route 2015–2017. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Feuille_de_route_Protection_Enfance_2015_-_2017.pdf. Dernière consultation en août 2015