



## Chapitre 81

# Enfant en danger : qui, quand, comment déclarer ?

P. VASSEUR

### Points essentiels

- La maltraitance chez l'enfant est un problème de santé publique.
- Beaucoup d'enfants maltraités présentent des lésions physiques et fréquentent les services d'urgence.
- Une absence d'explication ou une histoire incohérente doit alerter le soignant.
- La localisation et la forme des lésions peuvent être des éléments en faveur d'une maltraitance.
- Toute lésion traumatique suspecte chez un nourrisson de moins de 9 mois doit entraîner son hospitalisation.
- Le déni et une trop grande prudence sont des résistances au signalement.
- Ne pas signaler peut être délétère pour l'enfant et le mettre en danger.
- L'évaluation doit être multidisciplinaire et peut aboutir à la rédaction d'une information préoccupante ou à un signalement au procureur de la République.

Le terme « enfant en danger » regroupe selon l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) l'enfant maltraité et l'enfant en risque. En 2006, 98 000 enfants en danger étaient répertoriés dont 19 000 enfants maltraités (1).

*Correspondance* : Patricia Vasseur – Urgences Médico-Judiciaires – Hôtel Dieu, 1, place du parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 4. Tél. : 01 42 34 82 34 poste 42063 - Fax : 01 42 34 82 55.  
E-mail : patricia.vasseur@htd.aphp.fr

La maltraitance infantile est un problème de santé publique qui touche particulièrement le jeune enfant. Environ 71 % des enfants maltraités ont entre un et douze ans. Les enfants de moins de quatre ans ont un risque plus grand de lésions sévères et de décès (2).

Les mineurs victimes de violences physiques peuvent nécessiter des soins qui les conduisent aux urgences pédiatriques. Dans les autres formes de violence, quelles soient psychologiques, sexuelles ou en cas de négligences, le recours aux professionnels de santé peut être plus facilement évité.

Même si plus de 90 % des victimes de maltraitance physique ont des signes cutanés (3), il n'est pas pourtant aisé de les dépister lors d'une consultation à l'hôpital.

Les services d'urgence font face à une population de plus en plus importante numériquement sans augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux. Les épidémies hivernales en particulier sont une période très délicate pour les professionnels de santé.

Les soignants sont formés à faire face à l'urgence vitale et à prendre en charge l'enfant et sa famille avec vigilance et réactivité.

Les formations médicales et paramédicales ne préparent pas toujours les soignants à faire face à la maltraitance infantile dans leur pratique quotidienne, ce qui laisse les équipes désorientées et démunies quand elles la rencontre.

Connaître les signes d'alerte ainsi que certains signes cliniques peut aider ces professionnels dans le dépistage et la prise en charge de l'enfant en danger aux urgences.

## 1. Signes d'alerte de maltraitance

L'entretien d'accueil et d'orientation est un moment crucial dans le dépistage de la maltraitance physique.

Les services d'urgences pédiatriques regorgent d'enfants présentant ecchymoses, hématomes et autres plaies ou fractures. La grande majorité des traumatismes accidentels sont facilement expliqués par l'entourage et l'enfant lui-même. La présence d'ecchymoses au niveau du tibia, des genoux et des coudes est le signe d'une activité physique habituelle chez un enfant en pleine santé.

Si les soignants ne peuvent s'alarmer à la moindre lésion cutanée, il faut malgré tout qu'ils restent vigilants et attentifs.

Le premier élément d'alerte est **l'incohérence entre les lésions apparentes et les explications données** par les accompagnants ou l'enfant lui-même.

Lors d'un traumatisme accidentel, les explications sont simples et souvent concordantes.

Dans un contexte de maltraitance, le **site des lésions est inhabituel** et parfois aucune explication n'est donnée.

Les versions peuvent parfois changer au gré des questions du soignant :

*Une petite fille de deux ans est conduite aux urgences par sa mère pour plaie accidentelle de la vulve. Au départ, la maman déclare que l'enfant est tombée sur les pédales d'un vélo d'appartement alors que sa grand-mère était dans la pièce.*

*Lorsque l'infirmière s'étonne car l'enfant porte encore des couches qui auraient dû la protéger du choc, la mère répond ensuite que justement à cet instant précis, elle était nue et contrairement à ces déclarations précédentes, aucun adulte n'était dans la pièce.*

Il ne s'agit pas d'affirmer immédiatement que cette petite fille a subi des gestes maltraitants mais il faut s'interroger sur le mécanisme du traumatisme et les raisons de l'incohérence des faits avec l'explication donnée.

Un autre signe d'appel pour le soignant est le **retard de recours aux soins**, par exemple : un traumatisme décrit comme accidentel pris en charge plusieurs jours après les faits.

*Le parent décrit un enfant douloureux qui ne peut se servir de son bras mais sous prétexte d'occupations importantes se présente quatre jours après sans qu'aucun médecin n'ait été consulté.*

Dans le cas d'un autre enfant âgé de 9 ans, la maltraitance a été découverte lorsque sa mère s'est présentée aux urgences avec son bébé souffrant d'une bronchiolite. C'est l'infirmière d'accueil qui a repéré des lésions inhabituelles chez son grand frère qui patientait en salle d'attente avec lui.

Pour d'autres, c'est l'inverse qui alerte l'équipe médicale : des **consultations multiples**, fréquentes, dans des lieux différents.

En cas de doute sur une situation, consulter l'historique de ses passages aux urgences peut parfois être un élément d'inquiétude supplémentaire pour les soignants qui vient corroborer d'autres signaux d'alerte.

D'autres facteurs tels que le comportement de l'enfant et le milieu social sont à prendre en compte mais à interpréter avec prudence dans un contexte de soins d'urgence.

Un enfant décrit comme introverti et apeuré peut être juste fatigué et effrayé d'avoir attendu pendant plusieurs heures dans une salle d'attente bondée et bruyante.

Le fait qu'un adolescent semble issu d'un milieu aisé ne rend pas des lésions suspectes inexpliquées plus cohérentes pour autant.

Si l'enfant révèle, le doute n'est plus permis. Mais souvent, l'enfant ou l'adolescent ne parle pas : par peur, pour protéger le parent ou par perte de confiance en l'adulte capable de le protéger. Bien souvent, il attend que le soignant devine

les violences qu'il tait, le doute émis par un professionnel de santé peut l'emmener à révéler la violence subie.

Il semble illusoire d'affirmer que tous les cas de maltraitance pourraient être dépistés lors d'une consultation aux urgences pédiatriques. Les situations sont diverses, les signes d'alerte peuvent être totalement absents même en cas de maltraitance avérée.

Quand ces signaux existent, il est indispensable de les reconnaître, les signifier et donner suite à ce constat par une prise en charge adaptée.

Les soignants doivent avoir à l'esprit qu'une histoire incohérente associée à des lésions inhabituelles est suspecte de maltraitance.

## 2. Signes cliniques

Il n'est pas toujours aisé de distinguer les lésions traumatiques accidentelles et non accidentelles. Leur forme et leur localisation peuvent être des éléments précieux pour les différencier.

### 2.1. Ecchymoses

Après l'acquisition de la marche, les ecchymoses sont banales chez les enfants actifs et en bonne santé. La présence de lésions tégumentaires de ce type est banalisée chez les professionnels. On peut toutefois considérer que des ecchymoses sur les avant-bras, les tibias et le front chez un enfant actif de plus de 9 mois sont probablement accidentelles.

Les ecchymoses siégeant dans les zones habituellement couvertes telles que les fesses, le dos, le tronc, les parties génitales, les cuisses, les bras ou bien localisées dans la région céphalique sur les joues, les oreilles ou le cou font plutôt suspecter une maltraitance (4), surtout si elles sont multiples.

Toute ecchymose retrouvée chez un nourrisson âgé de moins de 9 mois qui n'a pas d'autonomie dans ses déplacements, sans explication parfaitement congruente, doit toujours faire l'objet d'investigations médicales à la recherche de fractures et de lésions du pôle céphalique (5). Dans une série de 129 expertises dans le cadre d'une suspicion de syndrome dit de « de l'enfant secoué », 47 % des enfants avaient présenté, au cours des semaines ou des mois précédents, des lésions traumatiques pour lesquelles une explication accidentelle avait été trop facilement acceptée par les médecins (6).

Il arrive que la forme des ecchymoses laisse deviner l'objet qui a pu la provoquer : forme de boucle de ceinture, de câbles ou parfois même l'empreinte de la main de l'agresseur.

On peut retrouver également la trace des doigts (ecchymoses digitiformes) sur la face externe des avant-bras (zone appelée « zone de prise »), derrière les oreilles

ou sur le thorax dans le syndrome du bébé secoué (SBS). La présence d'ecchymoses est bien un signe clinique important qu'il ne faut pas minorer ou banaliser.

## 2.2. Plaies

Certaines plaies sont fréquentes et peuvent être accidentelles comme les plaies du cuir chevelu ou de l'arcade sourcilière.

D'autres sont plus évocatrices de maltraitements, des érosions circulaires autour du cou et sur les poignets (contention) ne peuvent pas être accidentelles.

La muqueuse endobuccale peut être le siège de lésions provoquées par l'introduction forcée de cuillères ou de fourchettes dans le cadre d'une alimentation forcée.

Les morsures doivent être considérées avec attention même si elles sont souvent attribuées à des enfants du même âge. Quand elles apparaissent dans un contexte d'histoire incohérente, associées à d'autres signes cliniques ou d'aspect suspect, il est important de les examiner soigneusement. Il est donc important de préciser la forme de la morsure, ronde ou ovale, et le diamètre de l'empreinte afin d'essayer de déterminer s'il s'agit d'une morsure d'enfant ou d'adulte. Le mieux est de photographier la lésion avec une règle graduée, de façon à disposer de repères objectifs pour la discussion ultérieure (5).

Les morsures humaines sont typiquement superficielles alors que les morsures animales sont plus profondes (7).

## 2.3. Brûlures

Les brûlures sont retrouvées dans 5 à 20 % des cas de maltraitance physique et touchent surtout l'enfant âgé de 1 à 3 ans (5). Cependant, il peut être difficile de différencier avec certitude les brûlures intentionnelles des brûlures accidentelles.

La localisation de la brûlure et sa profondeur peuvent être des indicateurs. Les brûlures accidentelles sont plus superficielles lorsque l'enfant a la possibilité de se retirer du contact de la chaleur.

La brûlure par contact avec de l'eau bouillante est la forme la plus fréquente de brûlure par maltraitance (80 %). Les brûlures accidentelles touchent plus volontiers la partie inférieure de la face, le cou, la face antérieure du tronc et/ou les membres supérieurs tandis que les brûlures intentionnelles touchent le plus souvent la moitié inférieure du tronc, le périnée, les membres inférieurs, les mains ou la face (9).

Le scénario de l'accident domestique classique est l'enfant en bas âge qui renverse un récipient contenant de l'eau bouillante ce qui explique logiquement des brûlures de la face ou du tronc. Il est plus difficile d'imaginer le mécanisme d'une brûlure des fesses ou des membres inférieurs sans intervention d'un adulte qui immerge l'enfant volontairement dans l'eau bouillante. Lorsqu'il y a un contact

intentionnel avec un objet chaud la forme de la brûlure est parfois reconnaissable (fer à repasser, cigarette...).

## 2.4. Fractures

Les fractures accidentelles sont fréquentes chez l'enfant et l'adolescent actif et sportif.

Il n'est pas toujours possible de distinguer les fractures intentionnelles si le mineur ne révèle pas. Là encore, la cohérence du type de fractures avec les faits rapportés est un premier élément d'alerte.

Les fractures dans le cadre de sévices représentent 25 % des fractures de l'enfant (10).

Ce qui doit forcément attirer l'attention des professionnels est la présence de fractures chez un nourrisson. Les parents déclarent souvent que le bébé s'est blessé accidentellement dans son lit ou bien n'ont aucune explication. Une hospitalisation est indispensable pour se donner le temps d'un bilan radiologique et autres examens complémentaires. En dessous de l'âge de 2 ans, une exploration du squelette complet est recommandée. Au-delà de 5 ans, l'exploration de l'ensemble du squelette est inutile et les clichés doivent concerner les zones cliniquement suspectes. Entre l'âge de 2 et 5 ans, le choix doit être adapté au cas par cas (5). Les clichés devront être interprétés par un radiologue expérimenté. Les fractures peuvent être ou non spécifiques, la prise en charge doit dépendre du contexte et des signes associés. Bien entendu, des fractures multiples et d'âges différents (syndrome de Silverman) sont hautement suspectes de maltraitance. Dans ce cadre, un signalement est indispensable.

## 2.5. Négligences

Cette forme de maltraitance peut être associée à d'autres ou unique. Il ne faut pas la considérer comme un problème qui touche uniquement les milieux défavorisés. Un enfant qui se présente aux urgences dans un état d'hygiène qui laisse à désirer n'est pas forcément victime de négligences. Si la famille habite des lieux insalubres et ne peut, par manque de moyens, assurer une alimentation et une propreté convenable à leur enfant, une aide pourra leur être proposée sans qu'on leur reproche cette forme de maltraitance.

La définition admise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) renvoie au 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 » (5). La négligence est intentionnelle et violente : on se souvient d'affaires médiatisées comme celle de Drancy où les pompiers ont découvert des enfants cachectiques vivants dans des détritifs à côté de chiens très bien nourris et d'un matériel vidéo onéreux.

Dernièrement, le « bébé du coffre » vivait dans une famille possédant un pavillon, une voiture et tout le confort moderne. Le nœud du problème n'est pas un

manque de moyens financiers mais bien plutôt un trouble de la parentalité, souvent un trouble précoce du lien mère-enfant.

Les négligences et carences peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le développement psychomoteur et affectif de l'enfant. Dans les formes les plus graves les séquelles sont irréversibles, elles peuvent également conduire au décès.

Dans ce type de maltraitance, l'enfant peut présenter différents symptômes à son arrivée aux urgences : une hypotrophie staturo-pondérale, un retard de développement psychomoteur, des troubles du comportement, un nanisme psychosocial.

Bien entendu, les causes médicales sont recherchées de prime abord avant de poser le diagnostic de négligences. Lorsque la dénutrition est avancée, le retard de recours aux soins semble évident. L'analyse du carnet de santé permet de savoir si l'enfant a été suivi, si un suivi médical commencé s'est arrêté brutalement, s'il existe une cassure de la courbe de poids associé à un évènement particulier... Un examen médical exhaustif permettra de rechercher des lésions (ecchymoses, plaies...) associées pouvant évoquer un contexte de violence physique.

Dans certains cas, le retard psychomoteur est tel qu'il peut être confondu avec une encéphalopathie.

Le diagnostic devient évident au cours de l'hospitalisation de l'enfant, s'il reprend rapidement du poids et comble son retard psychomoteur une fois sorti du milieu familial.

Le nanisme psychosocial ou « nanisme de privation » concerne surtout l'adolescent prépubère. Il peut être défini comme un retard acquis de la croissance staturale qui survient chez des enfants indemnes de pathologie organique susceptible de l'expliquer (5).

Même si le ralentissement de la croissance est massif, le diagnostic est difficilement établi dans un service d'urgence. Là encore, la reprise spectaculaire de la croissance au cours de l'hospitalisation ou le placement de l'enfant en famille d'accueil en fait la preuve.

La forme de négligence la plus insidieuse est le rejet total de l'enfant qui ne reçoit ni affection ni attention. Quand il est nourri, dans un bon état d'hygiène, cette violence discrète passe complètement inaperçue. Elle a pourtant des conséquences très lourdes sur le développement psychologique de l'enfant et provoquera des troubles majeurs de son affectivité à l'âge adulte.

### 3. Conduite à tenir

Lorsque l'infirmière d'accueil a constaté une discordance entre les lésions constatées et les explications fournies, il est primordial qu'une prise en charge adaptée soit mise en place.

L'enfant doit être reçu par un praticien d'expérience qui effectuera un examen clinique complet.

Il est préférable de recevoir l'enfant seul dans un premier temps et ce dès qu'il est en âge de parler et d'accepter d'être reçu seul. Il ne s'agit pas de lui faire subir un interrogatoire de police mais de lui expliquer en termes simples l'examen et lui poser des questions adaptées.

L'examen clinique doit être exhaustif. Un enfant ayant reçu des gifles doit bénéficier d'un examen tympanique. L'examen endo-buccal est systématique chez le nourrisson, et celui des organes génitaux fait partie intégrante de l'examen médical (4).

Les observations seront scrupuleusement notées avec l'aide d'un schéma si nécessaire.

Si besoin, il est utile de prendre en photos les lésions suspectes et de les conserver.

Les explications données seront notées de manière précise dans le certificat rédigé par le médecin. Les transmissions infirmières devront également être écrites de manière rigoureuse, les propos tenus à l'arrivée de l'enfant transcrits fidèlement. Toute remarque sur le comportement de l'enfant ou du parent sera reportée. Les données transmises doivent être précises : les faits ou les paroles et non le ressenti du soignant du style : « la mère avait l'air gêné, le père avait l'air bizarre... ».

Une hospitalisation dans un service de lits porte peut être nécessaire pour effectuer des examens complémentaires (imagerie ou biologique) ainsi qu'une évaluation multidisciplinaire.

En cas de lésions traumatiques chez un nourrisson, l'hospitalisation est la règle absolue pour éviter le risque de décès en cas de répétition des violences (4).

Le médecin doit informer la famille des motivations de sa décision d'hospitalisation. Même lorsque l'accompagnant est l'auteur des faits, il arrive souvent que la venue aux urgences soit un signal d'appel de sa part pour être aidé.

En cas de refus d'hospitalisation dans une situation de danger immédiat, ou de menace de retrait de l'enfant de la structure hospitalière, un signalement doit être adressé en urgence au procureur de la République afin d'obtenir une ordonnance de placement provisoire (OPP) permettant l'admission de l'enfant ou son maintien dans le service hospitalier, contre l'avis des parents (4).

À l'issue de la synthèse multidisciplinaire, une décision doit être prise concernant l'enfant.

Si les doutes sont clairement levés, l'enfant retourne au domicile. Le certificat médical exhaustif et les transmissions détaillées seront conservés dans le dossier médical.

Si les doutes persistent, le médecin saisira l'autorité administrative en rédigeant un rapport d'information préoccupante à la Cellule départementale de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes. Selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), « Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un

mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur ».

En cas de danger immédiat pour l'enfant, il est tout d'abord indispensable de porter la situation à la connaissance de l'autorité judiciaire. Cette démarche est réalisée par la transmission d'un signalement, document écrit communiquant au procureur de la République les faits appelant une protection.

Si les faits signalés le requièrent, le procureur de la République a compétence pour organiser en urgence la protection immédiate de l'enfant, notamment par la voie d'une ordonnance de placement provisoire, selon les modalités prévues par l'article 375-5 du Code civil et l'article 1184 du Code de procédure civile (4).

Même lorsque les signes d'alerte et les lésions traumatiques existent, il est toujours délicat pour l'équipe soignante de prendre la décision du signalement.

Des mécanismes de défense peuvent se mettre en place chez les professionnels formés à guérir et prendre soin de l'enfant dans sa constellation familiale. Rien ne les prépare à la confrontation avec un parent possiblement maltraitant.

La maltraitance existe bien sûr, mais la reconnaître dans les traces laissées sur un enfant, face au parent qui, peut être, a porté les coups, n'est pas aussi simple. La médiatisation de la maltraitance la met à distance, elle donne l'impression que cela se passe ailleurs, chez les autres.

Plus le parent soupçonné ressemble au soignant (âge, profession, milieu social...) plus il est compliqué d'imaginer une violence possible. Sous prétexte de tenir compte des risques psychosociaux, les explications données par des parents en difficultés sociales seront plus souvent mises en doute que celles des familles d'un milieu social élevé. Une histoire incohérente prononcée avec des mots choisis par un parent cultivé sera plus facilement acceptée. Quand le doute s'installe malgré tout, surgit la peur de se tromper et des conséquences d'une telle erreur sur la famille. Personne ne veut prendre cette responsabilité.

La mission principale du soignant en pédiatrie est de protéger l'enfant. Selon l'article 226-14 du Code pénal, le secret professionnel n'est pas applicable : « À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. »

Le déni met en danger le jeune car il lui laisse courir le risque de la réitération des faits qui peut parfois aboutir à son décès.

Le doute doit toujours profiter à l'enfant. Une information préoccupante permet de faire une évaluation et de porter à la connaissance de l'autorité administrative l'existence de l'enfant.

Si les faits ne sont pas avérés, l'évaluation n'aboutira pas à des mesures de protection.

Si personne n'est alerté, la maltraitance continuera dans le silence.

Prendre la responsabilité du signalement n'est pas aisé, c'est pour cela qu'il est recommandé de prendre cette décision après une évaluation multidisciplinaire. Le jugement d'une personne peut être obscurci par son vécu ou son ressenti. Si son doute est partagé par tous, l'évaluation est plus objective et argumentée.

## 4. Cas particuliers

### 4.1. Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS)

Le diagnostic de syndrome du bébé secoué (SBS) est généralement suspecté sur l'association d'hémorragies sous-durales et rétiniennes, elles-mêmes découvertes devant une symptomatologie neurologique aiguë chez un nourrisson âgé le plus souvent de moins d'un an. La nature traumatique de ces lésions est retenue après avoir discuté et écarté avec certitude les rares diagnostics différentiels possibles (5).

Les parents n'ont souvent pas d'explications à donner devant la découverte d'un hématome sous-dural. Devant l'évidence de nombreuses hypothèses sont avancés : « je lui ai fait faire l'avion », « je l'avais dans les bras, il s'est accidentellement cogné à une table », « c'est sûrement son grand frère de 5 ans », « j'ai emprunté un chemin caillouteux avec la poussette »... Toutes ces histoires ne sont absolument pas compatibles avec les faits.

Dans le cadre du « bébé secoué », les lésions osseuses possibles sont liées à différents mécanismes, parfois associés chez un même enfant, et dont le point commun est la violence : écrasement costal par les mains de l'agresseur, lésions de la voûte du crâne ou d'autres pièces squelettiques par un choc direct (5).

Nous sommes loin du bercement et du jeu et cette violence ne peut être physiquement produite par un enfant.

Le nourrisson est souvent conduit aux urgences après un malaise grave.

Il se manifeste par un trouble de conscience, isolé ou associé à :

- des troubles neurovégétatifs comme une bradycardie, des vomissements ou des apnées ;
- des crises convulsives ;
- des signes d'hypertension intracrânienne tels qu'une fontanelle bombante, un geignement, une hypertension artérielle, des vomissements ou des signes d'engagement ;
- des troubles neuromoteurs comme une mono ou une hémiparésie (5).

L'examen clinique doit être minutieux et rechercher toutes traces, ecchymoses, lésions... qui peuvent y être associées. L'étude du carnet de santé, en particulier, la courbe du périmètre crânien peuvent également orienter le diagnostic.

Une hospitalisation est indispensable pour effectuer tous les examens complémentaires nécessaires : scanner, fond d'œil, radiographies du squelette entier...

Durant l'hospitalisation, le positionnement du soignant doit être très clair. Il n'est pas chargé de trouver le nom du coupable ni de décider si le nourrisson est en danger avec sa famille ou non.

Même si la problématique du SBS concerne souvent un adulte fatigué, isolé et à bout de nerfs, rien ne garanti que les faits ne se reproduiront pas si la lumière n'est pas faite sur les circonstances.

Les soignants ne sont ni des enquêteurs, ni des juges. Les aveux ne sont jamais ou très rarement obtenus lors des consultations ou séjours hospitaliers (6). Lorsque les parents sont les auteurs, ils minimisent les faits et peuvent dissimuler une partie de la vérité.

Selon les déclarations des auteurs de la maltraitance obtenues lors d'enquêtes judiciaires, dans plus de la moitié des cas, les violences sont réitérées en moyenne une dizaine de fois et il est vraisemblable que cette fréquence soit encore sous-estimée (6).

Le signalement est donc la seule conduite à tenir possible quand le diagnostic de SBS est posé avec certitude. Le secouement constitue toujours, quel que soit le contexte, une infraction pénale (5).

Les séquelles peuvent être très invalidantes pour l'enfant. En signalant, le soignant ne protège pas seulement l'enfant mais il se préoccupe également de son avenir.

L'enfant a droit à une indemnisation de ses séquelles qui lui permettra, au fur et à mesure, de faire face aux besoins générés par le traumatisme crânien et de financer les dépenses qui ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie, comme la psychomotricité, l'ergothérapie, etc, ou le besoin en tierce personne si l'insertion sociale est limitée ou impossible. Cette indemnisation est toujours possible, même si l'auteur n'est pas identifié ou au contraire est un des parents, mais il est préalablement nécessaire que l'infraction soit identifiée par la justice, d'où l'importance du signalement (5).

## 4.2. La maltraitance sexuelle

Elle peut prendre des formes diverses selon l'âge de la victime.

Dans certains cas, il n'existe aucun contact entre le corps de l'agresseur et du jeune (climat incestueux, diffusion d'images pornographiques...). Le contact peut se faire sans pénétration (attouchements) ou avec pénétration (viol) sexuelle, digitale ou à l'aide d'un objet.

Contrairement à la maltraitance physique cette forme de violence laisse rarement des traces, ce qui accentue les difficultés pour la dépister quand le mineur ne révèle pas les faits.

#### **4.2.1. Le jeune enfant**

Les seuls signes cliniques spécifiques de la maltraitance sexuelle à cet âge, sont la présence d'une déchirure de l'hymen ou d'une maladie sexuellement transmissible (MST).

Les faits de pénétration sexuelle sont rares chez le jeune enfant, plus fréquemment victime d'attouchements. Chez la petite fille, une pénétration vaginale, même digitale, entraîne une déchirure de l'hymen qui ne peut passer inaperçue du fait des saignements et de la douleur.

Les services d'urgence reçoivent fréquemment le dimanche soir ou à la fin des vacances scolaires des parents paniqués, le plus souvent des mères, qui dénoncent des faits de viol sur leur enfant. Il s'agit en général de parents séparés en situation conflictuelle avec leur ex-conjoint.

Le motif de consultation le plus fréquent est la vulvite chez une petite fille de moins de 5 ans.

Quand les parents s'entendent bien, les vulvites se traitent avec une bonne toilette et une pommade apaisante, en cas de conflit elles deviennent une preuve de viol.

L'anxiété de l'accompagnant peut parfois gagner les soignants jusqu'à pratiquer parfois des examens gynécologiques sous anesthésie générale à 3 h du matin.

Il est curieux de constater que si des ecchymoses sur le thorax ou derrière les oreilles d'un nourrisson n'entraînent pas de réaction, une simple vulvite peut déclencher des mesures disproportionnées. La petite fille ne déclare rien ou peut répéter les propos du parent inquiet même si elle n'en comprend pas toujours la signification.

Il ne s'agit pas là de nier l'existence de maltraitance sexuelle chez le jeune enfant, les faits sont bien réels même s'ils ne laissent pas de traces. Des révélations spontanées avec des mots d'enfants sont de bons indicateurs d'une maltraitance possible.

L'inquiétude de l'accompagnant doit être prise en compte, l'enfant doit être examiné afin d'écarter tout problème médical. Par exemple, une « douleur de la zézette » peut être simplement un signe d'infection urinaire. Garder son calme et son bon sens permet de faire la part des choses entre les éléments apportés et les signes physiques constatés.

Le parent pourrait être orienté sur la Brigade des Mineurs de son secteur et l'examen gynécologique effectué dans un service d'urgence médico-judiciaire par un praticien expérimenté dans les jours qui suivent. Il n'est pas nécessaire de poser trop de questions à l'enfant, son discours risquerait d'être modifié avant qu'il soit auditionné par un officier de police spécialement formé.

#### 4.2.2. L'adolescent(e)

Deux cas de figure se présentent, soit le jeune révèle clairement les faits et demande de l'aide, soit il ne s'exprime pas mais certains éléments attirent l'attention des soignants.

Dans le premier cas, si les faits sont récents, la prise en charge doit être rapide, il s'agit d'une urgence médico-légale. Il est nécessaire d'effectuer des prélèvements médico-légaux (recherche de spermatozoïdes ou ADN de contact...), d'effectuer un examen clinique à la recherche de traces de violences, d'administrer une contraception d'urgence et d'instaurer une trithérapie antirétrovirale. L'examen à visée médico-légale pourra être fait dans un service d'urgences médico-judiciaire habitué à ce type de prise en charge une fois les services de police alertés.

Bien souvent, les faits sont anciens et la révélation tardive. Il n'est pas rare que les mineurs révèlent les faits plusieurs mois voire plusieurs années après. Si la prise en charge ne relève pas de l'urgence, il conviendra de l'orienter au mieux (plainte, examen médical, prise en charge psychologique...).

Il arrive que l'adolescent(e) consulte sans parler de prime abord d'agression sexuelle. Le motif peut être aussi bien une appréhension par rapport à une grossesse possible, un doute sur une MST ou d'autres symptômes non spécifiques (douleurs abdominales, troubles de l'alimentation, tentatives de suicide...).

Il est indispensable de recevoir le jeune seul et de lui poser des questions précises sans fausse pudeur. Contrairement aux plus petits, les adolescent(e)s peuvent parfois tout simplement révéler les faits quand on leur pose clairement la question. Certains sont dans l'attente que l'adulte devine ce qu'il tait depuis trop longtemps.

Il est clair que des ecchymoses à l'intérieur des cuisses, une MST ou une grossesse doivent être explorés avant d'imaginer une prise en charge adaptée.

L'examen gynécologique, notamment un examen spécifique de l'hymen avec une sonde de Foley, ne permet pas forcément de faire la preuve d'une agression. Après la puberté dans la majorité des cas, l'hymen s'assouplit suffisamment pour tolérer des rapports sexuels complets sans déchirure de l'hymen. Il est alors impossible d'infirmer ou d'affirmer si la jeune fille a eu ou non des rapports sexuels et donc encore moins de faire la preuve du consentement de l'adolescente au moment des faits.

Selon le contexte, intra ou extra familial, le médecin pourra faire un signalement aux autorités judiciaires ou orienter l'accompagnant et le jeune pour qu'il dépose plainte auprès du service de police compétent.

Dépister la maltraitance infantile dans un service d'urgence pédiatrique n'est pas aisé du fait de la charge de travail, du manque de formation spécifique et de la difficulté à être confronté cette problématique. Pourtant, les mineurs physiquement maltraités consultent souvent pour des motifs divers et variés.

Des lésions traumatiques inexplicables, la forme des blessures, leur localisation doivent attirer l'attention des soignants. La parole de l'enfant est difficile à recueillir dans un contexte d'urgence. Même s'il est en âge de parler, faire confiance à un adulte en blouse blanche ne va pas toujours de soi.

L'évaluation multidisciplinaire et le signalement peuvent permettre à l'enfant d'être protégé et de libérer sa parole.

La vigilance et l'attention relèvent de la responsabilité de tous dans l'équipe. Travailler ensemble permet de tenter au mieux d'aider l'enfant en danger.

## Références

1. ODAS. La lettre de l'ODAS. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Paris : ODAS Editeur ; 2007. 12 pages.
2. Kini N., Lazoritz S. Evaluation for possible physical or sexual abuse. *Pediatr Clin North Am* 1998 ; 45 : 205-19.
3. Benedict M.I., White R.B., Cornely D.A. Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse Negl* 1985 ; 9 : 217-24.
4. Chen W., Balaban R., Stanger V., Haruvi R., Zur S., Augarten A. Suspected child abuse and neglect: assessment in a hospital setting. *Isr Med Assoc J* 2002 ; 4 : 617-23.
5. Rey-Salmon C., Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. Paris, Lavoisier 2013 : 230 p.
6. Adamsbaum C., Grabar S., Méjean N., Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010 ; 126 : 546-55.
7. Jessee S.A. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995 ; 52 : 1829-34.
8. Stratman E., Melski J. Scald abuse. *Arch Dermatol* 2002 ; 138 : 318-20.
9. Gondim R.M.F., Munoz D.R., Petri V. Child abuse: skin markers and differential diagnosis. *An Bras Dermatol* 2011 ; 86 : 527-36.
10. Chabrol B. Maltraitance et enfants en danger <http://uvp5.univ-paris5.fr>