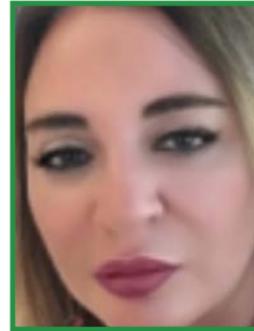


# La Maltraitance de l'Enfant:

## Evaluation médicale pédiatrique et multidisciplinaire

Bernard Gerbaka<sup>1</sup>Sami Richa<sup>2</sup>Zaki Ghorayeb<sup>3</sup>Amal Bassil-Farhat<sup>4</sup>

non seulement pour une bonne prise en charge, mais aussi pour une protection contre un dégât ultérieur sérieux. Un enfant abusé a un risque de 50% de récurrence et 10% de risque de mort en cas d'un retard au diagnostic. Par contre, l'évaluation d'un enfant suspect de maltraitance doit être le résultat d'un jugement vigilant car il faut éliminer d'autres pathologies qui peuvent le mimer.<sup>ii</sup> Ce travail nécessite l'obtention d'une histoire complète, d'un examen physique ainsi qu'une évaluation de l'interaction entre l'enfant et ses parents.<sup>iii</sup>

### Circonstances de découverte:

Les circonstances de découverte varient selon les cas. Soit que le diagnostic est confirmé car l'enfant présente des signes flagrants et exclusifs de maltraitance, soit que le diagnostic est suspecté car l'enfant est confié à la visite médicale suite à la demande d'une assistance sociale, avec l'hypothèse de maltraitance, soit que le diagnostic est pressenti mais les premiers signes sont peu ou non spécifiques. Mais comme il peut être suspecté dans d'autres motifs de consultation. Dans tous les cas, la démarche médicale doit être très stricte.

### L'enfant, quel que soit son âge est:

o seul.

o ou accompagné de ses deux parents, de l'un des deux, [vous les connaissez, vous ne les avez jamais rencontrés.]  
o ou accompagné par l'ambulance, les pompiers, l'assistante sociale de l'UPEL, la brigade de protection des mineurs, la police, la gendarmerie - avec ou sans réquisition,

o ou accompagné par une infirmière, une assistante sociale (avec ou sans l'accord des parents, avec ou sans mesure judiciaire)...

o ou domicilié chez ses deux parents, ou chez l'un des deux ou chez un proche, en fugue, en internat, chez une assistante maternelle, en foyer.

o Les abus [sexuels par exemple, qui peuvent être des caresses, attouchements, pénétration génitale, fellation, sodomie]:

- sont clairement révélés :

- par l'enfant,
- ou par une autre personne (en présence ou non de l'enfant).
- suggérés, avec plus ou moins de gêne et de sous-entendus.

- ou non évoqués par l'enfant mais suspectés par un tiers. Le prédateur présumé est nommé ou non, l'enfant vit avec le prédateur ou non. Les faits sont récents ou anciens, uniques ou répétés. Ils sont révélés pour la première fois ou ont déjà été révélés. Dans ce dernier cas le pédiatre se fera préciser les conditions de la révélation et les suites déjà données. Le praticien évaluera si l'enfant est soutenu par quelqu'un de la famille, un proche ou un professionnel. Il appréciera également si on croit l'enfant ou s'il est complètement seul avec son problème.

### Le contexte peut être caractéristique:

Le diagnostic est souvent porté dans un contexte dramatique de passage à l'acte agressif<sup>v</sup>:

- ecchymoses et hématomes multiples de localisation inhabituelle pour un traumatisme banal (visage, tronc, siège...).
- griffures, morsures ou brûlures (de cigarette) "ignorées" ou inexplicables.
- plaies des organes génitaux externes, plaies endo-buccales, fractures des dents ou lyse de la cloison nasale (nez de boxeur).
- plaques d'alopécie, décollement des oreilles.
- fractures précoces (avant 1 an), répétées, négligées, de diagnostic retardé.
- hématome sous-dural aigu ou chronique.<sup>vi</sup>
- accidents domestiques répétés ou négligés (ébullition).

### Le contexte peut être atypique:

Le diagnostic est à évoquer devant des signes plus "ordinaires"<sup>vii</sup>:

- altération de l'état général, état nutritionnel précaire.
- retard de croissance, pouvant aller jusqu'au nanisme "psychosocial".
- retard du développement psychomoteur ou des acquisitions.
- comportement particulier: craintivité excessive, labilité

émotionnelle, avidité affective indifférenciée, "vigilance gelée" en présence des parents.<sup>viii</sup>

- La suspicion sera confirmée au cours de la mise en observation nécessaire:
- amélioration, sans rechute, des lésions au cours du séjour hospitalier.
- correction de la courbe de croissance, avec une alimentation normale.
- discordance entre les éléments constatés et le discours des parents.
- comportement de l'enfant en présence ou en l'absence des parents, et des parents vis-à-vis de l'enfant.
- radiographie du squelette (fractures anciennes, appositions périostées).

### Anamnèse:<sup>ix</sup>

### Le pédiatre écoute la victime avec ouverture, empathie et sans jugement

L'accueil est une urgence. La victime doit être reçue rapidement et dans le calme pour qu'elle puisse parler et être écoutée. La personne doit se sentir rassurée, en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec le médecin ou, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne.<sup>x</sup> Le but de cet accueil est d'évaluer le degré d'urgence de l'examen et la nécessité ou non de transférer la personne vers un centre spécialisé. La qualité de cet accueil est capitale pour la victime dans le sens d'une restauration ultérieure et pour les suites judiciaires. Le plus souvent, l'entretien est dirigé vers les parents et l'enfant. Mais en cas de forte suspicion de maltraitance, il est demandé aux parents la permission de continuer avec l'enfant seul. En cas de refus ceci augmente le doute à ce point. Il faut recueillir aussi les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfant, ses hospitalisations précédentes, ses visites au département d'urgence ainsi que son carnet de vaccination.

Les éléments de l'histoire qui renforcent l'hypothèse de la maltraitance infantile:<sup>xi</sup>

- Une histoire vague qui manque de détails.
- Une histoire inadéquate avec les dommages infligés à l'enfant.
- Une histoire qui change de versions entre les différents membres de la famille ou qui diffère d'un professionnel de santé à un autre.
- Aucune donnée n'est offerte, les parents ignorent le mécanisme de l'accident.

1- Chair, Pediatric Department, Mother-and-Child Pole, St Joseph University; Child Protection Unit, HDFUH, Child@usj.edu.lb ; President, The Lebanese Institute for Child Rights President@ChildOfLebanon.org  
Past-President, Lebanese Pediatric Society; President, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; Member of the WHO INPIRE Board; Board Member of the Global Partnership to end violence against children, UN

2- Chair, Psychiatry Division, Hotel-Dieu University Hospital

3- Pediatric Surgeon, Vice-Dean, Université Saint Esprit

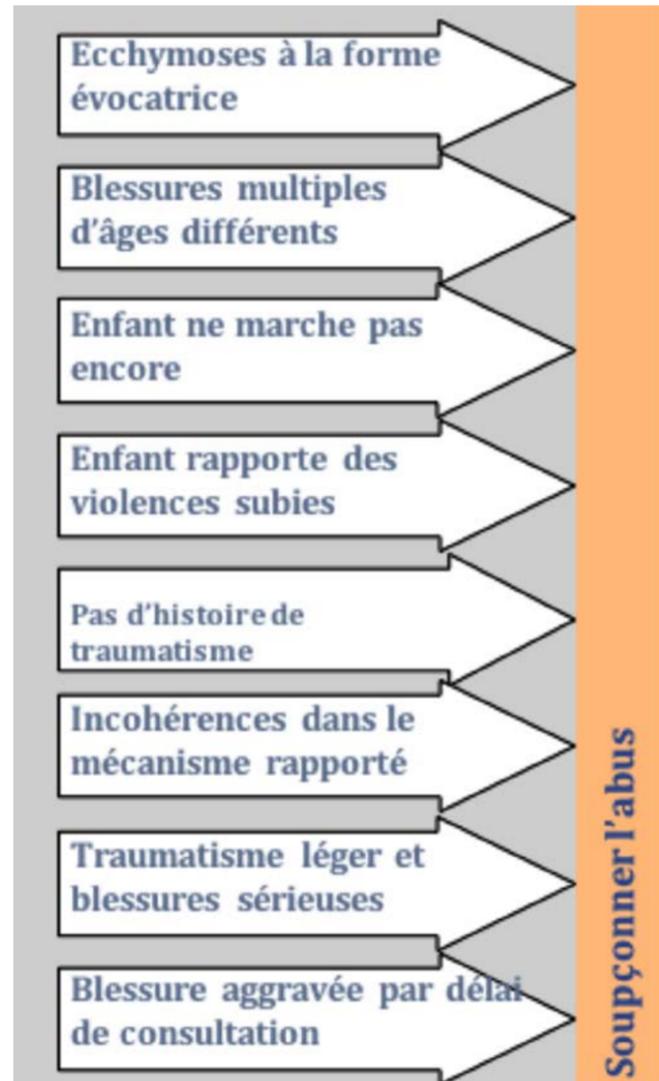
4- Directrice, Association de l'Enfant au Foyer Libanais

- Une histoire inadéquate avec l'âge et son stade de développement.
  - Une histoire étrange.<sup>xii</sup>
  - La responsabilité des blessures de l'enfant reportée sur une tierce personne.
- Nous recueillons rarement toute l'histoire médicale du patient de la manière dont nous l'avons appris pendant nos études. Il est peut-être temps de s'y remettre lorsque nous évaluons les possibilités d'abus sur les enfants. L'histoire complète comprend :
- Un récit détaillé des événements menant à la consultation
  - L'histoire de la naissance
  - L'histoire de la nutrition
  - L'histoire du développement
  - L'histoire de la croissance
  - L'histoire des vaccinations

- L'histoire des hospitalisations, des opérations, des maladies et blessures importantes (afin d'évaluer s'il y a eu abus il peut être bon d'ajouter l'histoire des traumatismes passés même s'ils ont été considérés comme bénins)
- L'histoire de la prise de médicaments et des allergies aux médicaments
- Une revue des systèmes
- L'histoire des membres de la famille, des conditions de vie, des relations et de la condition sociale.
- Les antécédents et l'histoire médicale de la famille

### Examen Clinique

Il est souvent difficile d'admettre qu'un adulte puisse volontairement faire du mal à un enfant. Cependant, si la maltraitance est bien plus répandue qu'on veut bien le croire,



**Conseils d'évaluation**

**Radiographie complète du squelette** pour tous les enfants de moins de deux ans et pour les enfants entre deux et cinq ans présentant d'autres fractures, la perte de connaissance et de sévères blessures externes.

**CT Scan de la tête** pour les enfants de moins de six mois et les enfants de moins d'un an présentant des blessures externes de la tête, des fractures des côtes, des fractures métaphysaires classiques ou des fractures multiples.

**Tests de coagulopathie** Pour les enfants présentant des problèmes d'ecchymoses ou d'hémorragies internes.

**ASAT, ALAT, Amylase, Analyse d'urine** pour les enfants présentant des signes de sévices récents

**CPK, Analyse d'urine, Myoglobine** pour les enfants présentant des blessures sévères des tissus mous.

**Tests du métabolisme** pour les enfants présentant des hématomes sous-duraux et de larges espaces de LCR et pour des épisodes répétés de SIDS ou ALTE

**Test d'ostéogenèse imparfaite** pour les enfants avec des antécédents familiaux, une sclère bleue, d'autres anomalies du squelette, une petite taille ou une autre raison de suspecter une OI.

la plupart des traumatismes que vous aurez à soigner sont causés par des événements accidentels. L'utilisation d'un algorithme de reconnaissance des abus va augmenter les chances que le personnel soignant considère, reconnaisse et traite la maltraitance de façon adéquate. Une simple fiche peut servir à se souvenir des critères à considérer. ISPCAN a conçu cette fiche qui sert à reconnaître lorsque l'abus physique a été infligé aux enfants.

- Ecchymoses à la forme évocatrice**
- Blessures multiples d'âges différents**
- Traumatisme sévère chez un enfant qui ne marche pas encore**
- La maltraitance est rapportée par l'enfant**
- Blessure sans récit de traumatisme**
- Incohérences dans le récit**
- Incohérences internes.**
- Incohérences d'un témoin à l'autre.**
- Incohérences par rapport au développement**
- Incohérence biomécanique ou épidémiologique.**
- Blessure aggravée par un délai anormal de consultation**

### Evaluation des patients lorsqu'il y a suspicion de maltraitance

*Un examen physique complet doit être effectué plutôt qu'une évaluation concentrée sur les problèmes. Ce qui est le plus important:*

- Observation générale du comportement et de la santé
- Anthropométrie
- Inspection de toutes les surfaces de la peau
- Examen visuel et palpation de la voûte crânienne
- Examen de l'oreille externe
- Examen oculaire externe et interne minutieux
- Inspection méticuleuse de la cavité orale
- Examen externe / clinique du squelette
- Examen génital

### Observation générale:

Les enfants fréquemment battus apparaissent souvent peureux et recroquevillés. Les enfants qui sont chroniquement négligés présentent parfois une vigilance passive bloquée en état d'alerte. Les enfants qui grandissent dans un contexte de négligence et de violence présentent souvent un retard de développement mental et physique.

### Anthropométrie:

Le poids est en général automatiquement obtenu mais il

peut arriver qu'on doive se contenter de l'estimer dans le cas où l'enfant est gravement blessé Le poids, la taille - ou longueur- et la circonférence crânienne seront importants.

### Examen de la peau

### Examen du crâne

### Examen de l'oreille

### Examen de la bouche

### Examen du squelette

### Examen génital

### Evaluation en fonction des analyses de laboratoire

Les analyses de laboratoire de même que l'histoire et l'examen physique, doivent rechercher des traumatismes occultes et aussi des maladies sous-jacentes risquant de modifier la détermination entre blessures infligées ou non infligées. L'évaluation initiale peut inclure :

- NFS
- Temps de coagulation comprenant TP, INR, TCA, temps de thrombine et temps de saignement.
- Autres tests tels que maladie de Willebrand et facteur XIII
- Profil métabolique de base pour Sodium, Potassium, Chlorures, Bicarbonate, BUN, Créatinine et Glucose.
- Analyse d'urine
- Alanine aminotransférase (ALAT), aspartate aminotransférase (ASAT), amylase et lipase
- Créatine phosphokinase (CPK) et myoglobine

### Imagerie

L'imagerie complète le processus de recherche des traumatismes occultes et peut aussi détecter des maladies sous-jacentes susceptibles de modifier les présomptions en ce qui concerne la relation entre traumatisme et blessure. Une radio complète du squelette doit être ordonnée pour tous les enfants de moins de deux ans chez lesquels on soupçonne les abus physiques.

Quelques établissements ont la chance de compter un pédiatre spécialisé dans la maltraitance des enfants. Ce spécialiste peut diriger l'évaluation médicale, interpréter les résultats, coordonner les consultants et communiquer avec les agences de protection.

### Recommandations:<sup>xiii</sup>

Il faut établir des mesures efficaces pour améliorer la prise en charge des enfants maltraités tels que :

1. des campagnes de sensibilisation publique sur la maltraitance infantile et ses conséquences<sup>5</sup>, et sur la nécessité de superviser l'accès des enfants à la télévision et sur l'internet.
2. des formations sur l'autoprotection et sur l'éducation sexuelle dans les écoles. avec un contrôle sanitaire scolaire plus efficace.
3. Sensibiliser l'enfant sur la présence d'une loi qui le protège contre les actes de sévices et sur les procédures du signalement.
4. donner plus d'importance sur le sujet de la maltraitance infantile dans le module de pédiatrie pour les étudiants en sciences de santé, social, juridique et éducatif.
5. Encourager le développement d'une unité de protection de l'enfant dans tous les hôpitaux.
6. Renforcer la coopération entre les organisations non gouvernementales (ONG) et l'Etat Libanais.<sup>xiv</sup>
7. Favoriser la collecte des données sur la situation de l'enfant maltraité et les décès d'enfants au Liban.<sup>xv</sup>
8. Impliquer de plus en plus des médecins dans la prise en charge des enfants maltraités et les sensibiliser sur l'importance de leur rôle dans la limitation de ce phénomène.
9. Eveiller les familles au problème des mineures « petites bonnes » en situation de travail domestique forcé<sup>6</sup>.

### Conclusion générale

La maltraitance de l'enfant est un sujet d'actualité au Liban, pourtant c'est un problème qui existe depuis longtemps. Les modifications de la législation [Loi 422,] ainsi que la sensibilisation de l'opinion et le relais des médias seront certainement en cause dans "l'augmentation" des nombres rapportés de maltraitance.<sup>xvi</sup> Les professionnels de santé doivent encourager la multidisciplinarité dans la protection

de l'enfant. La loi libanaise a tendance à considérer qu'il faut un instrument pour dire que c'est un abus physique (un fouet, une ceinture, etc...). Si l'enfant est frappé à mains nues, on parle d'éducation sévère. Alors que 50 pays ont rendu les punitions corporelles illégales, il est indispensable que le Liban élimine la directive 186 et délimite clairement qu'on n'a pas le droit de frapper un enfant.

#### *Dans cette perspective, nous attendons que soient mis au premier plan*

- le développement des traitements judiciaires des cas d'enfants en danger qui mettent en échec la prise en charge sociale au mépris du devenir des enfants.
- Le développement des lieux de placement, alternatives parfois inévitables et pourtant salvatrices, selon les dires des parents eux-mêmes.
- Le développement de la prévention et de la détection précoces, meilleure façon d'anticiper l'apparition de la maltraitance

### Le programme INSPIRE

Le 12 juillet 2016 L'OMS présente le programme «INSPIRE», composé de 7 stratégies liées les unes aux autres pour réduire la violence à l'encontre des enfants en espérant une baisse spectaculaire des cas de violence à l'encontre des enfants. Au cours de l'année passée, jusqu'à un milliard d'enfants ont subi des violences physiques, psychologiques ou sexuelles, selon une étude récente publiée dans «Pediatrics». Un enfant sur 4 subit des violences physiques et près d'une fille sur 5 des violences sexuelles au moins une fois dans sa vie. Les derniers recensements de l'OMS révèlent qu'un quart des adultes ont subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et qu'un homme sur 13 ont subi des violences

sexuelles dans leur enfance. Les 7 stratégies sont publiées dans le cadre du lancement du partenariat mondial pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Ce partenariat vise à réunir les gouvernements, les institutions des Nations Unies, la société civile, le secteur privé, les chercheurs et les milieux universitaires pour forger la volonté politique, promouvoir des solutions, accélérer l'action et renforcer la collaboration afin de prévenir les violences à l'encontre des enfants. (OMS, 2016)

#### *Les 7 stratégies sont les suivantes:*

1. «Mise en œuvre et application des lois: lois limitant l'accès des jeunes aux armes à feu et aux autres armes ou celles interdisant aux parents d'infliger aux enfants des punitions violentes;
2. Normes et valeurs: en changeant les croyances et les comportements relatifs au genre;
3. Sécurité des environnements: en ciblant les «zones sensibles» et en développant l'environnement construit, par exemple en améliorant le logement;
4. Appui aux parents et aux personnes ayant la charge d'enfants: en assurant par exemple des programmes de formation des parents;
5. Revenus et renforcement économique: avec des micro financements associés à une formation sur les normes relatives au genre;
6. Services de lutte et d'appui: comme des programmes de traitement à l'intention des délinquants juvéniles
7. Éducation et savoir-faire pratiques: par exemple, instauration d'un environnement scolaire sûr et formation des enfants aux compétences pratiques et sociales (OMS, 2016)

i Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995;19:463-473.

ii Bays J, Reece RM, Ludwig S, eds. *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:287-306.

iii Ludwig S. Child abuse. In: *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1669-1704.

iv Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.

v Weston WL, Lane AT, Morelli JG. *Color Textbook of Pediatric Dermatology*. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby; 1996.

vi Hettler, J, Greenes, DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics* 2003; 111:602.

vii Les symptômes engendrés par le traumatisme psychique chez l'enfant sont multiples et perturbent sa vie aussi bien sociale qu'académique. Ils apparaissent souvent après un temps de latence qui varie entre un et six mois, retardant ainsi le repérage et la prise en charge de l'enfant. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les enfants traumatisés sont les suivants :

- des peurs diverses (de l'obscurité, des voleurs, des animaux sauvages, etc.), qui se transforment parfois en phobie,
- des tics (crispations musculaires involontaires et répétitives),

- une irritabilité,
- une agressivité (due aux surexcitations des pulsions de haine),
- une agitation: qui pourrait être excessive en cas de maltraitance importante (due aux surexcitations pulsionnelles, surtout sexuelles dans le cas d'abus sexuels)
- des pleurs fréquents,
- des cauchemars et des réveils en sursaut,
- des troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie)
- un manque d'attention et de concentration,
- un désintérêt pour les activités de son âge,
- une démotivation face aux activités qui s'inscrivent dans un processus d'«adultisation»,
- une angoisse de séparation excessive,
- une incapacité à exprimer ses émotions, « une froideur »,
- une associabilité,
- des troubles ou maladies psychosomatiques (céphalées, douleurs abdominales, nausées, sentiments d'étouffement).

viii Une étude basée sur l'approche sociocognitive menée au Québec par des collègues de l'Université de Montréal montre que la négligence et la violence parentale seraient «associées à des lacunes dans l'apprentissage du contrôle de soi, à une faible stimulation intellectuelle et à des déficits dans l'apprentissage des comportements prosociaux, favorisant ainsi les conduites agressives réactives et proactives.» Les auteurs ajoutent que la violence subie et observée suggère à l'enfant que les rapports sociaux s'exercent dans la coercition, renforçant chez lui les conduites agressives.

ix Giardino, AP, Alexander R, eds. *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*. 3rd ed. St. Louis, MO: GW Medical Publications; 2005.

x Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278:637-643.

xi Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823-832.

xii Haapasalo J, Peta"ja" S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219-239.

xiii Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177-1200.

xiv Myers JEB. Legal issues in child abuse and neglect practice. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.

xv Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172-3175.

xvi Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177-1200.

xvii #un\_enfant\_chiite\_libanais\_frappe\_un\_enfant\_syrien ; <http://observers.france24.com/fr/20140721-video-maltraitance-enfants-extrapolee-conflit-sunnite-chiite>; C'est une vidéo tournée dans la banlieue sud de Beyrouth, qui montre un très jeune enfant libanais en frapper un autre, probablement syrien, exécutant en cela des ordres donnés par une voix adulte derrière la caméra. Elle a mis les réseaux sociaux en ébullition dans le monde arabe le week-end du 19 juillet, beaucoup y voyant une illustration de la haine entre chiites et sunnites. Or, si l'enquête est encore en cours, rien ne prouve pour le moment que ces actes de cruauté comportent une dimension confessionnelle. Les images ont été postées sur le portail libanais Yasour, qui relaie l'actualité sociale et culturelle de la région de Tyr, au sud du Liban. Mais les réactions ont très vite pris un tour religieux.

5- Les facteurs aggravant les séquelles : Les séquelles précitées peuvent être aggravées par les facteurs suivants:  
L'âge de la victime: Plus la maltraitance est précoce, plus elle sera refoulée. Ce refoulement a des effets redoutables sur la structure de la personnalité. Le désaveu de l'acte par le tiers: Il s'agit de "la surdité des adultes qui s'occupent des enfants". Les adultes peuvent ne pas être préparés à recevoir la confiance, cela entraîne une non-protection ou une absence de support. L'enfant non épaulé et non soutenu se sentira tout seul et délaissé.  
La durée de la maltraitance: La durée et la fréquence des agressions influencent l'impact traumatique. Plus la durée des actes de maltraitance et leur fréquence sont importantes plus les dégâts vont être difficiles à réparer.  
L'absence de preuves matérielles de l'abus: Les preuves matérielles (traces de coups, de brûlures, défloration, etc.) facilitent la validation de l'acte face à un déni ou à une répression, et permettent de protéger rapidement l'enfant.  
L'absence de traitement judiciaire: L'absence de traitement judiciaire peut être perçue comme un déni de la réalité de la maltraitance. L'enfant ressentira un manque de protection.  
Relation de l'agresseur à l'abusé: Plus proche est l'agresseur plus le vécu est traumatique. Certes les situations où l'un des parents est impliqué dans la maltraitance de l'enfant sont plus lourdes à gérer sur le plan affectif et social.  
6- <http://www.youphil.com/fr/article/03203-les-petites-bonnes-du-liban-toujours-victimes-de-maltraitance?ypcli=ano>; Depuis quelques années, les autorités libanaises et la société civile libanaise se mobilisent et dénoncent de plus en plus les abus à l'encontre de ces employées domestiques. Cependant, en septembre, Human Rights Watch publiait un rapport dénonçant le système judiciaire libanais qui "n'assure pas la protection des employées domestiques". Un projet financé par l'Union Européenne s'attèle, toutefois, à sensibiliser juges, officiers d'immigration et autres gardiens à la traite des travailleurs migrants.  
Mais, même si ces témoignages représentent des cas extrêmes et isolés, Caritas Liban assure recevoir encore en 2010, ce type de témoignages