



COMMENTAIRES DES MILIEUX – Aspects médicaux de la maltraitance envers les enfants

**Marcellina Mian, MDCM, FRCPC
Hospital for Sick Children, Toronto**

(Publication sur Internet le 27 mai 2005)

Perspective service

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) portant sur la violence et la santé et publié en 2002 met en lumière l'importance du rôle du secteur de la santé en ce qui a trait à la prévention de la violence.¹ Deux des recommandations émises s'adressent particulièrement à ceux d'entre nous qui travaillons déjà dans le domaine de la prévention de la maltraitance : promouvoir les interventions de prévention primaire et renforcer les interventions pour les victimes de violence.

Les articles du CEDJE sur la prévention traitent du rôle des professionnels de la santé au plan de la prévention universelle et primaire de la maltraitance envers les enfants, c'est-à-dire des stratégies destinées à tous les enfants et les familles et visant à favoriser un développement sain et sécuritaire.² L'évaluation médicale de la maltraitance envers les enfants devrait faire partie des visites régulières visant à s'assurer du bien-être de l'enfant. Le médecin devrait non seulement viser à prévenir les maladies infectieuses et les blessures accidentelles, mais aussi à identifier les facteurs pouvant prédisposer l'enfant et la famille à la maltraitance. Quand les intervenants identifient les enfants et les familles à risque, ils peuvent les orienter vers des interventions de soutien destinées à atténuer les facteurs de vulnérabilité.^{2,3,4}

Les enfants maltraités peuvent se présenter pour un examen médical de routine ou plus particulièrement pour les conséquences de la maltraitance. Cela confère aux intervenants une position stratégique pour identifier ces enfants, et ce faisant, pour faire le premier pas afin de mettre fin à leur mauvais traitement. L'intervenant peut commencer ces interventions en évaluant l'enfant, en signalant la maltraitance suspectée (tel que requis par la loi dans plusieurs juridictions); traiter, conseiller et offrir de la réadaptation à l'enfant et à la famille ou les orienter vers les ressources appropriées; et suivre la santé de l'enfant et la réaction aux interventions.

Une des déceptions quand on travaille dans ce domaine est de constater que les intervenants de première ligne sont souvent réticents à enquêter sur les facteurs de risque et à identifier la maltraitance envers les enfants quand elle se présente. Les études ont identifié plusieurs raisons qui expliquent cette réticence. Dans un récent article, Levi et Loeben⁵ ont recensé la documentation sur l'échec des professionnels à signaler leurs

soupons en ce qui concerne la violence et leurs réserves sous-jacentes. Elles incluent la peur des épreuves juridiques, financières et affectives qui suivent un signalement, la possibilité de faire plus de mal que de bien à l'enfant et à la famille, et la peur de gâcher la relation qu'ils ont établie avec la famille. Les auteurs soutiennent que des problèmes importants proviennent d'un manque de clarté à propos du seuil établi pour un signalement, à savoir que le terme « motif raisonnable » contenu dans la plupart des législations sur le signalement n'est pas assez bien défini. Les professionnels interprètent ce qui constitue de la violence en se basant sur leur propre expérience et sur des facteurs culturels, bien qu'on ait démontré que les connaissances améliorent la capacité à discerner ce qui constitue la violence.

Personne ne met en doute le fait que beaucoup de connaissances ont été accumulées sur l'évaluation médicale de la maltraitance envers les enfants depuis 1962, quand Kempe a écrit son premier article sur le syndrome de l'enfant maltraité.⁶ L'application de ces connaissances dans le domaine permet de prendre des décisions fondées sur des données relatives aux mécanismes probables ou à la violence susceptibles d'être à la source du mal. Les résultats relatifs aux blessures non accidentelles indiquent que la maltraitance se produit même en l'absence d'une histoire de maltraitance. Les exemples incluent des ecchymoses en forme de boucle ou d'autres motifs d'objets,⁷ et du liquide séminal ou du sperme sur un enfant prépubère.⁸ En revanche, on doit tenir compte de l'état de santé, soit congénital, soit acquis (état développé plus tard dans la vie), dont les manifestations peuvent être confondues avec des abus ou de la violence. Parmi celles-ci, on retrouve l'impétigo (une infection bactérienne de la peau); la dysplasie du squelette (maladie de la formation des os); les troubles hémostatiques et certaines pratiques culturelles (par exemple le Cao Gio : une procédure qui consiste à enduire la peau d'une personne d'huile ou de gels chauds avec une pièce de monnaie ou un autre objet plat en métal pour libérer le mauvais sang);^{9,10} le sclérolichen (trouble chronique inflammatoire de la peau qui affecte les zones génitales); et la défaillance de la fusion de la ligne médiane, une malformation congénitale qui ressemble à un sillon dans la zone génitale.¹¹ D'autres découvertes, comme une ouverture élargie de l'hymen et des fractures spiroïdes, que l'on pensait être des signes de violence ou d'abus, n'en sont pas.^{8,12}

Certaines découvertes sont des preuves de maltraitance envers les enfants si elles ne s'accompagnent pas d'une histoire d'accident plausible, de préférence en présence d'une personne objective, ou de preuve d'une maladie organique (naturelle). Il peut s'agir d'ecchymoses ou de fractures chez un nourrisson qui n'est pas encore mobile; d'ecchymoses, surtout si elles sont multiples et se trouvent sur les parties molles du corps plutôt que sur les proéminences osseuses;^{7,13} de fractures des côtes chez le nourrisson;¹⁴ de brûlures bilatérales à distribution « gant et chaussette » avec des lignes de démarcation claires entre la peau ébouillantée et la peau normale;¹⁵ et de blessures génitales causées par la pénétration.⁸ La combinaison d'hémorragies subdurales, surtout entre les deux hémisphères du cerveau, et d'hémorragies rétinales multicouches diffuses, de fractures des côtes et de fractures métaphysaires (partie de l'os en croissance), avec ou sans preuve de traumatisme d'impact, place les blessures crâniennes causées par la violence en tête de liste des diagnostics différentiels.^{16,17}

Dans la plupart des cas, le facteur principal permettant aux cliniciens de distinguer la blessure accidentelle de celle qui ne l'est pas est le manque de corrélation entre l'explication fournie et l'état de l'enfant compte tenu de son âge développemental. Il est nécessaire d'obtenir une histoire détaillée et d'effectuer un examen physique méticuleux, ainsi que des recherches appropriées pour identifier des signes de traumatisme et éliminer des causes accidentelles ou organiques. Les conclusions de cette évaluation médicale doivent aussi tenir compte de l'information psychosociale et médicolegale rassemblée par les professionnels de la protection de l'enfance et du maintien de l'ordre, ce qui signifie que ces trois secteurs doivent communiquer clairement et au moment opportun.

Malgré les connaissances disponibles et les habiletés requises, une récente étude canadienne a montré que les stagiaires en pédiatrie, qui deviendront les intervenants les plus capables de protéger le bien-être des enfants, ne reçoivent qu'une formation limitée et sont exposés à peu de cas qui concernent la maltraitance envers les enfants.¹⁸ Il y a beaucoup de spécialités et de pathologies à maîtriser pendant la formation et peu de temps pour le faire. Cependant, la violence envers les enfants n'est pas un problème sans conséquence. Le taux annuel d'incidence en 1998 était entre 5,1 et 12,9 victimes pour 1 000 enfants dans les pays développés, et une enquête canadienne effectuée en 1990 a montré qu'environ 25 % des personnes avaient été victimes de violence physique pendant leur enfance, et qu'environ 13 % des femmes et 4 % des hommes avaient été sexuellement abusés.¹⁹

Le rapport de l'OMS est un appel direct au secteur de la santé pour qu'il prenne l'initiative en matière de prévention de la violence. La connaissance, la compétence et l'influence nécessaires pour le faire efficacement sont à la portée des professionnels de la santé. Nous avons besoin de faire des efforts plus étendus et plus efficaces en éducation et de mettre en place un système de rémunération pour les intervenants qui reconnaissent que la maltraitance envers les enfants requiert beaucoup plus de temps que la visite facturable avec le patient et sa famille. Nous avons aussi besoin d'améliorer notre connaissance des mécanismes de blessures et les facteurs qui différencient les blessures non accidentelles d'autres causes. Ainsi, les enfants peuvent être protégés plus efficacement sans causer de détresse inutile aux familles qui ne compromettent pas le bien-être de leurs enfants. Ceci devrait aussi augmenter le niveau d'aise des professionnels quand ils font face à ce difficile problème.

RÉFÉRENCES

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. Disponible sur le site: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/FullWRVH.pdf. Page consultée le 27 mai 2005.
2. Eckenrode J. La prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/EckenrodeFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
3. MacMillan HL. Prévenir la maltraitance envers les enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MacMillanFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
4. Nelson G. La prévention de la maltraitance envers les enfants : commentaires sur Eckenrode, MacMillan et Wolfe. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/NelsonFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
5. Levi BH, Loeben G. Index of suspicion: Feeling not believing. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2004;25(4):277-310.
6. Kempe CH, Silver HK, Silverman FN, Droegemueller W, Steele BF. The battered child syndrome. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1962;181(1):17-24
7. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90(2):182-186.
8. Adams JA. Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001;6(1):31-36.
9. Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: Part I. *Pediatric Emergency Care* 1996;12(2):116-121.
10. Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: Part II. *Pediatric Emergency Care* 1996;12(3):217-221.
11. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *American Journal of Diseases of Children* 1990;144(12):1319-1322.
12. Pierce MC, Bertocci GE, Vogeley E, Moreland MS. Evaluating long bone fractures in children: a biomechanical approach with illustrative cases. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(5):505-524.

13. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999;153(4):399-403.
14. Phillips B. Towards evidence based medicine for paediatricians. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(7):683-684.
15. Greenbaum AR, Donne J, Wilson D, Dunn KW. Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review. *Burns* 2004;30(7):628-642.
16. Isaac R, Jenny C. Syndrome du bébé secoué. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Isaac-JennyFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.
17. Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, Ogle E, Teague B, Lavietes S, Banyas B, Allen K, Dziura J, Duncan C. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. *Pediatrics* 2004;114(1):165-168.
18. Ward MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(10):1113-1122.
19. Trocmé N. Maltraitance envers les enfants et impacts sur l'épidémiologie du développement psychosocial. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/TrocmeFRxp.pdf>. Page consultée le 27 mai 2005.

Pour citer ce document :

Marcellina Mian. Commentaires des milieux - Aspects médicaux de la maltraitance envers les enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MianFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005