

Comment diagnostiquer un syndrome des enfants battus ?

RÉSUMÉ : La clinique des aspects dermatologiques des maltraitements de l'enfant est diverse. Si certaines lésions peuvent être facilement évocatrices d'un mécanisme susceptible d'avoir induit une maltraitance, d'autres peuvent évoquer des lésions dermatologiques d'origines différentes.

Il convient dans tous les cas de recueillir les éléments du contexte de la consultation, seuls susceptibles de relier à leur origine probable des lésions suspectes et d'induire des mesures de signalements administratifs (CRIP) ou judiciaires les plus appropriés.



→ **A. BOURRILLON**
Service de Pédiatrie générale,
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

“**L**a protection judiciaire des mineurs telle que définie par l'article 375 du code civil privilégie la notion de danger à celle de maltraitance.”

Les enfants maltraités sont parmi les deux sous-catégories constituant celles des enfants en danger, ceux qui sont victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique [1].

[**Epidémiologie**

La complexité des systèmes de signalement puis de suivi des prises en charge des enfants en danger justifie que l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), créé à la date du 1^{er} janvier 2004, n'a pu encore mettre en cohérence les chiffres des diverses sources [2].

Au prix de ces incertitudes, on peut évaluer que parmi les 95 000 enfants signalés en 2005, 20 000 environ étaient réellement maltraités (75 % âgés de moins de 3 ans); 6 600 étaient victimes

de violences physiques (les violences sexuelles ne seront pas traitées dans cet article).

Les manifestations cutanées évoquées prioritairement dans ce chapitre sont les plus fréquentes des maltraitements physiques. Elles peuvent être sources d'erreurs diagnostiques par excès comme par défaut et s'intègrent dans une démarche diagnostique globale de prise en charge dans le contexte de maltraitance [3].

[**Les conditions de l'examen** [4]

L'examen doit être complet et conduit sur un enfant totalement déshabillé et mis en confiance.

Il vise à :

- observer le comportement et les réactions générales de l'enfant (irritabilité, hostilité, indifférence),
- analyser l'aspect physique, la qualité de l'éveil psychomoteur, la qualité d'hygiène,
- examiner les téguments en évitant tout geste douloureux ou susceptible d'apparaître agressif,
- rechercher toute mobilité douloureuse des membres (fractures),

REVUES GÉNÉRALES

Maltraitance

– palper éventuellement la fontanelle antérieure si celle-ci est encore perméable (nourrisson).

1. Lésions tégumentaires évocatrices de maltraitance [4-5]

Ces lésions regroupent les ecchymoses, les brûlures, les morsures, les atteintes des phanères, les lésions des muqueuses (buccales).



FIG. 1: Flagellations.



FIG. 2: Enfant ligoté.



FIG. 3: Rituel d'endormissement.

● Les ecchymoses

Ce sont les manifestations cutanées les plus fréquentes. Leur identification est banale chez l'enfant dans un contexte traumatique de fréquence accidentelle (courses et jeux).

Leur topographie habituelle se situe sur les membres inférieurs (face antérieure des tibias), voire sur les avant-bras.

Leur caractère insolite (signes d'alerte) [6] est lié à :

- leur siège (visage, cuir chevelu, oreilles); parties couvertes (thorax, région dorsale),
- leur morphologie : linéaire (fil, tringle); évocatrice d'une empreinte des doigts; semi-ovale ou en boucle (coup de cravache ou de ceinture) (fig. 1),
- le caractère régulièrement circonférentiel (poignet, cheville : enfant ligoté) (fig. 2),
- l'âge des lésions parfois difficile à préciser, car elles peuvent être récentes (lésions douloureuses, tendues, œdématisées) ou plus anciennes selon l'évolution de la coloration des ecchymoses.

Il ne faut pas confondre les ecchymoses avec :

- d'autres lésions purpuriques liées à des troubles de l'hémostase,
- des taches mongoloïdes, des hémangiomes...
- des hématomes liés à des rituels d'endormissement (fig. 3),
- des indices de pratiques culturelles (cao-giao des Asiatiques).

Etre toujours en alerte devant des ecchymoses multiples d'âges différents et localisées dans une même région du corps.

● Les brûlures [7]

Il convient de différencier les brûlures accidentelles généralement superficielles ayant en général des bordures inégales, et les brûlures supposées intentionnelles : brûlures circonscrites, rondes



FIG. 4: Brûlure de cigarette.

bien délimitées évoquant des brûlures par cigarettes (fig. 4). Les brûlures supposées intentionnelles sont uniques ou multiples, et siègent le plus habituellement sur la face des mains et des pieds.

Les brûlures par contact avec de l'eau bouillante sont les plus fréquentes. Elles peuvent être consécutives à une immersion forcée (lésions symétriques à bords nets), volontiers localisées au siège et aux extrémités (en gants et en chaussettes).

Les lésions situées sur les faces dorsales des mains sont plus évocatrices de brûlures intentionnelles que de brûlures accidentelles généralement situées sur la face plantaire des doigts.

Les brûlures sont à différencier de lésions dermatologiques : cellulite ou érythème solaire (brûlures du 1^{er} degré); lésions vésicobulleuses d'origine infectieuse ou allergique (brûlures du 2^e degré).

● Morsures [8]

Les morsures intentionnelles évoquant des sévices infligés par un adulte sont caractérisées par un écart entre les traces d'incisives supérieur à 3 cm.

● Atteintes des phanères

Une alopecie peut être le cas de maltraitance lié à une traction des cheveux (fig. 5). Cette hypothèse diagnostique doit être différenciée des alopecies liées à la teigne ou à la pelade ou intégrées au contexte parfois trompeur d'une trichotillomanie (cheveux cassés avec zones de repousses régulières).



Fig. 5 : Alopécie.

L'arrachement des ongles est évocateur de maltraitance s'il siège au niveau des parties proximales. L'arrachement accidentel peut être lié à un doigt coincé dans une porte ou dans un autre contexte bien précisément décrit.

● Lésions des muqueuses buccales

Elles correspondent souvent à des brûlures thermiques, et sont fortement évocatrices d'une origine exogène non accidentelle (fig. 6).

Quels que soient les signes cutanés anormaux évocateurs de sévices à enfant, l'argumentation étiologique peut être difficile.



Fig. 6 : Brûlure thermique linguale.

2. Les indices de suspicion

>>> Dermatologiques :

- morphologie évoquant un objet traumatisant,
- topographie peu compatible avec une cause accidentelle,
- coexistence de lésions polymorphes ou d'âges différents.

>>> Associés à d'autres manifestations évocatrices de maltraitance :

- douleurs évoquant une atteinte osseuse (radiographies du squelette complet chez le nourrisson),
- manifestations neurologiques, notamment si convulsions + pâleur, évocatrices d'un hématome sous-dural ou d'un "enfant secoué",
- manifestations viscérales, révélant des anomalies de l'examen abdominal imposant en premier lieu une échographie abdominale.

Le syndrome de Silverman est caractérisé par la coexistence de lésions osseuses (fractures multiples; arrachements métaphysaires; décollements périostés) d'âges différents avec calcs osseux.

3. Les facteurs de risque

Ils permettent de cibler l'orientation étiologique d'une maltraitance, et peuvent être :

>>> propres au responsable de l'enfant :

- contexte socio-économique difficile,
- contexte familial vulnérable; jeune âge parental; famille monoparentale...
- contexte psychologique: psychose, dépression, sévices au cours de l'enfance,
- contexte addictif: éthyliisme, toxicomanie.

>>> propres à l'enfant :

- prématurité, handicap, séparation familiale précoce,
- pleurs incessants, troubles du comportement ou du sommeil.

>>> propres à la fratrie :

- hospitalisations répétées,
- mort subite inexplicquée,
- antécédents administratifs: placement, décision judiciaire.

Retenir comme éléments d'orientation anamnestique les plus précis mais à évaluer de façon non interprétative :

- le **délai inexplicable** entre le début des

signes et la date de la première consultation médicale,

- l'**incohérence** entre le motif invoqué de la consultation et les signes cliniques observés,
- la responsabilité reportée sur une **tierce personne**,
- **surtout le manque d'intérêt** manifesté par la famille face à un pronostic évalué chez l'enfant comme sévère.

[Orientation et prise en charge

>>> Orientation ambulatoire

Le médecin traitant peut choisir d'intervenir dans un premier temps auprès des structures administratives de la CRIP (Cellule de recueil des informations préoccupantes), des services de PMI ou de l'ASE (Aide sociale à l'enfance) ou orienter l'enfant vers une structure hospitalière.

>>> Orientation hospitalière

L'hospitalisation est souhaitable devant toute suspicion de maltraitance.

Elle est obligatoire en cas de maltraitance physique avérée ou de complications sévères de celle-ci.

Elle est au mieux consentie par la famille dans un climat de confiance et d'alliance thérapeutique. Elle est facilitée par l'accord de l'un des deux parents, que la justification soit véritable ou un prétexte.

En cas de refus de ceux-ci, et dans une situation de danger immédiat, ou si existent des menaces de retrait de l'enfant de l'hôpital, il est nécessaire de faire appel en urgence au procureur de la République ou à son substitut, et de formuler, s'il y a lieu, une demande d'OPP (ordonnance de placement provisoire), permettant le maintien légal de l'enfant au sein de la structure hospitalière.

REVUES GÉNÉRALES

Maltraitance

POINTS FORTS

- ➔ Les lésions tégumentaires les plus évocatrices de maltraitance sont :
 - les hématomes, selon leur aspect morphologique, leur topographie inhabituelle, leur coexistence à des âges différents,
 - les brûlures, selon leur aspect, leur topographie et leur profondeur,
 - les lésions évoquant griffures et morsures.
- ➔ Les éléments d'orientation sont avant tout :
 - l'incohérence entre le motif invoqué de la consultation et les lésions observées,
 - le délai de consultation et la responsabilité des lésions reportée sur tierce personne,
 - le manque d'intérêt des parents pour la gravité potentielle des lésions observées.
- ➔ L'hospitalisation permet le plus facilement un temps d'évaluation partagé (équipes soignantes et sociales, hospitalières et extra-hospitalières au premier rang desquelles les services de PMI).
- ➔ Les mesures de signalement (CRIP le plus souvent, procureur de la République dans les cas les plus sévères) doivent être adaptées à chaque cas.

>>> Prise en charge administrative

Elle comporte :

- systématiquement : la rédaction d'un certificat médical initial descriptif et non interprétatif ;
- selon les faits et la coopération de la famille : une OPP et un signalement.

Le certificat médical (cf. exemple) initial est descriptif et non interprétatif. Le médecin doit se montrer vigilant lors de sa rédaction, en se limitant aux constatations objectives des lésions, et en transcrivant sans interprétation personnelle les déclarations de l'enfant et/ou de son accompagnant. Il doit être systématiquement rédigé, au terme de l'examen clinique, par un docteur en médecine.

Le signalement (cf. exemple) est un document dont le destinataire est exclusivement une autorité administrative (Conseil général : CRIP) ou judiciaire (procureur de la République), remis sans intermédiaire à celui-ci (avec copie dans

le dossier), et dont l'objectif est l'information d'une situation de danger, basée sur des faits établis.

Exemple de certificat médical initial

Identité et qualité du médecin signataire, signature, cachet.
 Identité du patient (si doute : "déclarant se nommer..."), date de naissance, adresse.
 Identité du destinataire du certificat.
 Date et heure de l'examen.

Faits allégués par l'enfant, rapportés sur le mode déclaratif (l'enfant rapporte "...").
 Antécédents susceptibles d'aggraver les lésions ou d'apprécier la vulnérabilité médico-légale.

Lésions constatées après examen physique (± photos), rapportées sur le mode descriptif et non interprétatif.
 Constatations négatives (pas de...).

Résultats des examens complémentaires réalisés.

Soins éventuellement apportés.

Exemple de signalement [9]

SIGNALEMENT

(Ecrire en lettre d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine, chiffre du mois)
- année
- heure

L'enfant

- nom
- prénom
- date de naissance (en toutes lettres)
- sexe
- adresse
- nationalité

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :
 "....."

L'enfant nous a dit que
 "....."

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

(rayer la mention inutile)
 oui
 non

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

"....."

Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

"....."

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à, le
 Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Conclusion

Tout médecin peut se trouver confronté à la reconnaissance de lésions, notamment dermatologiques, évocatrices

d'une maltraitance à enfant. Il est donc essentiel à chacun de performer son approche diagnostique, d'identifier les facteurs de risques et de contribuer à mettre en œuvre les mesures de protection adaptées.

Bibliographie

1. ROUSSEY M, KREMP O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans l'environnement. Paris, Doin ED, 2010.
2. TURSZA A. Maltraitance à la petite enfance. Un phénomène sous-estimé que les médecins doivent apprendre à reconnaître. *La Revue du Praticien*, 2011; 6: 652.
3. BOURRILLON A, CHAUMIEN A, TALLEC Y. Enfants victimes de sévices. *Pédiatrie pour le Praticien*, 2011.
4. VABRES N, FLEURY J, PICHEROT G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. *La Revue du Praticien*, 2011; 61: 655-656.
5. LASEK DURIEZ A, LEAUTE LABREZE C. Sévices cutanés des sévices à enfant (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 2009; 136: 838-844.
6. JOHNSON CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am*, 1990; 37: 791-814.
7. HOLLIS when are burns not accidental? *Arch Dis Child*, 1986; 61: 357-361.
8. KELLOGGS N. Oral and dental aspect of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 2005; 116: 1565-1568.
9. CHEYMOL J. Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant. *La Revue du Praticien*, 2011, 61: 660-662.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.