



Collège Hospitalier et Universitaire
de Chirurgie Pédiatrique

DESC de Chirurgie Pédiatrique

Session de Septembre 2010 - PARIS

Les violences physiques faites aux enfants

C MORIN

Les violences physiques faites aux enfants



Christian Morin

Institut Calot- Berck Plage

Les violences physiques faites aux enfants



Jean Labbé (Québec)

n°31 **La Gazette**

de la **SOCIÉTÉ Française d'Orthopédie Pédiatrique**

Octobre - Novembre 2010 - Commission paritaire en cours - N° ISSN en cours

Bureau de la SOFOP
 Président : C. MOUW
 1^{er} Vice-Président : C. BOWEN - 2^e Vice-Président : C. BOWEN - Fonct. 2^e Vice-Président : J. LESOUEUR
 Ancien Président : JM. CUVIER
 Secrétaire Général : J.L. ZUW
 Trésorier : P. LACROIX
 Membres du Bureau : B. de BLAS, S. BOITREUX, A. KAZAN, P. MARI, P. WICHAU

Numéro spécial de La Gazette de la SOFOP
Les violences physiques faites aux enfants

Dr Jean Labbé, professeur titulaire de pédiatrie à la faculté de médecine de l'université Laval et médecin conseil à la Direction régionale de santé publique à Québec (Canada). Il est consultant expert en maltraitance depuis 1976, préside le Comité hospitalier de protection de l'enfance du Centre hospitalier de l'université Laval depuis 1986, et le Comité d'examen de décès d'enfants de la région de Québec depuis 1997.

Docteur Mathilde Vabres, pédiatre, praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Elle coordonne l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger du CHU de Nantes depuis 2001.

EDITO

Les artisans de la reconnaissance
des violences physiques 3
par Jean Labbé

Ces cliniques n°1 8

Quand penser
à des violences physiques ? 9
par Jean Labbé

Les signes cutanés
dans les violences physiques 12
par Jean Labbé

Les signes osseux
dans les violences physiques 16
par Jean Labbé

Approche clinique
dans les violences physiques 21
par Jean Labbé

Ces cliniques n°2 23

Le diagnostic
dans les violences physiques 24
par Jean Labbé

Ces cliniques n°3 26

La protection des enfants
face aux violences physiques
par Nathalie Vabres 27

Les auteurs désirent exprimer leur gratitude aux personnes qui ont généreusement accepté de réaliser les photos de ce numéro spécial : Sylvie Babin, pédiatre, Roger Gullien, orthopédiste pédiatre, Christian Merin, orthopédiste pédiatre et Georges Pichere, pédiatre.

Fondateur
J.C. POKLIQUEN †
Editeur
H. CARLOZZI (Paris)
Médiateur en chef
C. MORIN (Brest)
Membres
J. CATON (Brest)
P. CHRISTIAN (Marseille)
G. FINOCCHI (Paris)
J.L. XIUVE (Marseille)

R. ROCHER (Lyon)
P. LASCOMBES (Nancy)
G. F. FERNES (OT) (Paris)
M. RONGIERES (Toulouse)
J. SALES DE GAUCY (Toulouse)
S. VILLE (Paris)
et le GROUPE OMBREDANNE
Correspondants étrangers
M. BEN GHACHEM (Tunis)
R. JAWISH (Beyrouth)
L. GHANEM (Beyrouth)

Editeur
SAURAMPS MEDICAL
S.A.S. 13, TORREILLES
11, Boulevard Henri IV
CS 79525
34060 MONTPELLIER Cedex 2
Tél : 04 67 63 68 00
Fax : 04 67 52 59 05

La Gazette est dorénavant publiée en format A4, afin d'être directement imprimée à partir de votre ordinateur via notre adresse : www.livres-medicaux.com

Les violences physiques faites aux enfants



Rémi Kohler (Lyon)

Définition des pratiques parentales inacceptables



Définition de l'OMS (1999)

“La maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir”

L'Enfant Maltraité

C'est un enfant victime de :

- Violences physiques
- Violences sexuelles
- Cruauté mentale
- Négligences lourdes

Ampleur du problème

19 000 enfants maltraités

- Violences physiques (6300)
- Violences sexuelles(4300)
- .Négligences lourdes (5000)
- Cruauté mentale (3400)

Sources ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale) en **2006**

Ampleur du problème

79 000 enfants « en risque »

98 000 enfants « en danger » (enfants « en risque » + enfants maltraités)

Sources ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale) en 2006

Ampleur du problème

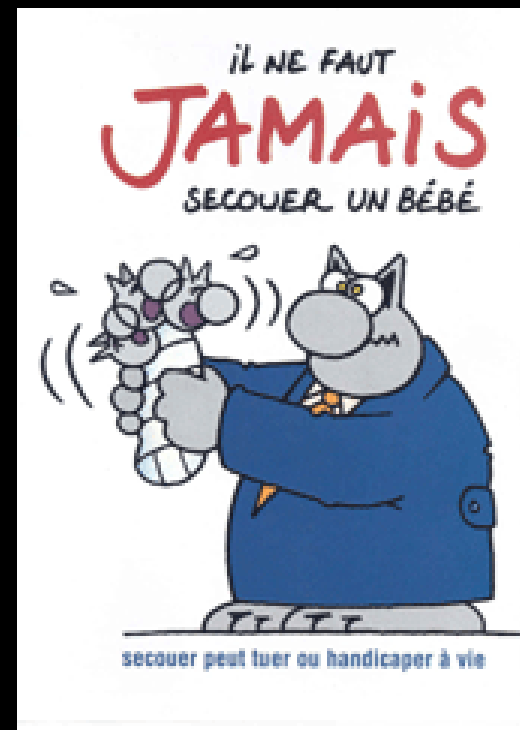
57 000 décès / an dans le monde en 2000 (>50% de 0 à 4 ans)

80-600 décès / an en France ???

crâne, organes internes, étouffement

bébé secoué (1/3 de décès)

Ampleur du problème



Historique de sa reconnaissance



Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879)

Paris 1860

MÉDECINE LÉGALE.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES

SÉVICES ET MAUVAIS TRAITEMENTS

EXERCÉS SUR DES ENFANTS,

Par le **D^r Ambroise TARDIEU**,

Professeur agrégé de médecine légale à la Faculté de médecine.

Historique de sa reconnaissance



New York 1874

Mary Ellen Wilson

Etta Wheeler

Historique de sa reconnaissance



New York 1946

John Caffey (1895 - 1978)

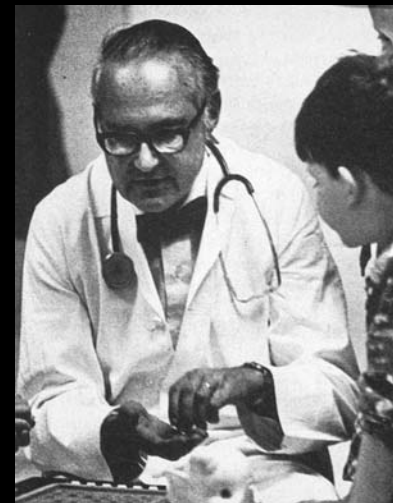
Historique de sa reconnaissance

The Battered-Child Syndrome

*C. Henry Kempe, M.D., Denver, Frederic N. Silverman, M.D., Cincinnati, Brandt F. Steele, M.D.,
William Droegemueller, M.D., and Henry K. Silver, M.D., Denver*



Frederic N Silverman(1914 - 2006)



Henry C Kempe (1922 - 1984)

Quand y penser?

- Souvent ++
 - 1.5 à 15% des blessures
 - os et peau
- Difficile
 - lésions non pathognomoniques
 - interrogatoire peu fiable (parents, enfants)
- Signes d'appel

Les signes d'appel

Facteurs de risque

Chez les parents

- *Abus antérieur envers un autre enfant*
- *Manque de connaissances sur le développement et le comportement normaux de l'enfant*
- *Antécédents de maltraitance dans leur propre enfance*
- *Impulsivité*
- *Agressivité*
- *Intolérance aux frustrations*
- *Jeune âge*
- *Isolement social*
- *Dossier criminel*
- *Pauvreté*
- *Maladie mentale*
- *Trouble de la personnalité*
- *Retard mental*
- *Violence conjugale*
- *Addiction à l'alcool ou aux drogues*

- **niveau socio économique**
- **facteurs psycho affectifs+++**
 - **immaturité des parents**
 - **isolement moral et social**
 - **carence affective**

Chez l'enfant

- *Résultat d'une grossesse non désirée*
- *Différent des attentes parentales*
- *Né prématurément*
- *Porteur d'un handicap*
- *Atteint d'une maladie chronique*
- *Comportement difficile ou perçu comme tel*
- *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité*
- *Trouble oppositionnel*
- *Retard de développement*

- **très jeune age de l'enfant**
- **prématurité**
- **handicap intellectuel ou psychologique**

Les signes d'appel

Facteurs déclenchants

aucun (sadisme, intoxication...)

contexte disciplinaire

- *Pleurs excessifs*
- *Réveils nocturnes*
- *Troubles d'alimentation*
- *Régurgitations*
- *Comportement opposant*
- *Comportement jugé répréhensible*
- *Désobéissance*
- *Accidents de l'entraînement à la propreté*
- *Mauvais résultats scolaires*

Les signes d'appel

Comportement insolite

Chez les parents

- *Réponses agressives ou évasives aux explications demandées*
- *Critique excessive de l'enfant*
- *Manque d'empathie (ex. : ne tentent pas de consoler l'enfant qui pleure)*
- *Attentes irréalistes envers l'enfant*
- *Préoccupation centrée sur leurs besoins plutôt que sur ceux de l'enfant*
- *Contrôle excessif de l'enfant (ex. : répondent aux questions à sa place)*
- *Accusation d'un autre enfant pour les blessures*
- *Sous l'influence de l'alcool ou de drogues*
- *Absence de collaboration avec l'équipe médicale*

Chez l'enfant

- *Hypervigilance*
- *Peur*
- *Passivité*
- *Agressivité*
- *Méfiance*
- *Aspect déprimé*

Les signes d'appel

- Antécédents traumatiques multiples
- Antécédents dans la fratrie
- Délai de consultation
- Signes de négligence

Les signes cutanés

- Très fréquents (90% des cas)
- Éléments suspects
 - discordance avec le niveau de développement
 - forme
 - localisation
 - nombre

Les signes cutanés

- Élément suspect : le jeune âge de l'enfant



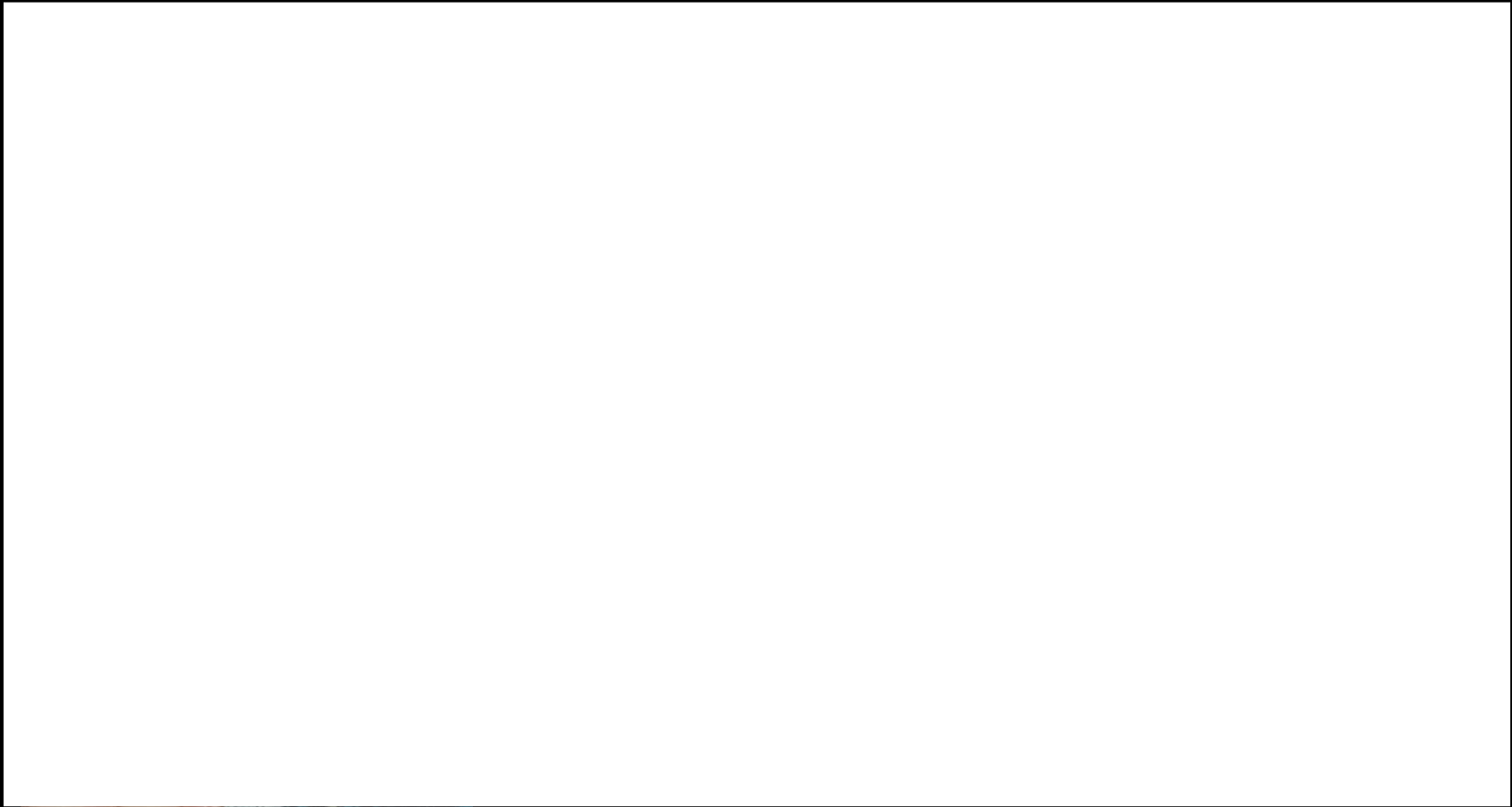
Les signes cutanés

- Élément suspect : leur forme



Les signes cutanés

- Élément suspect : leur forme



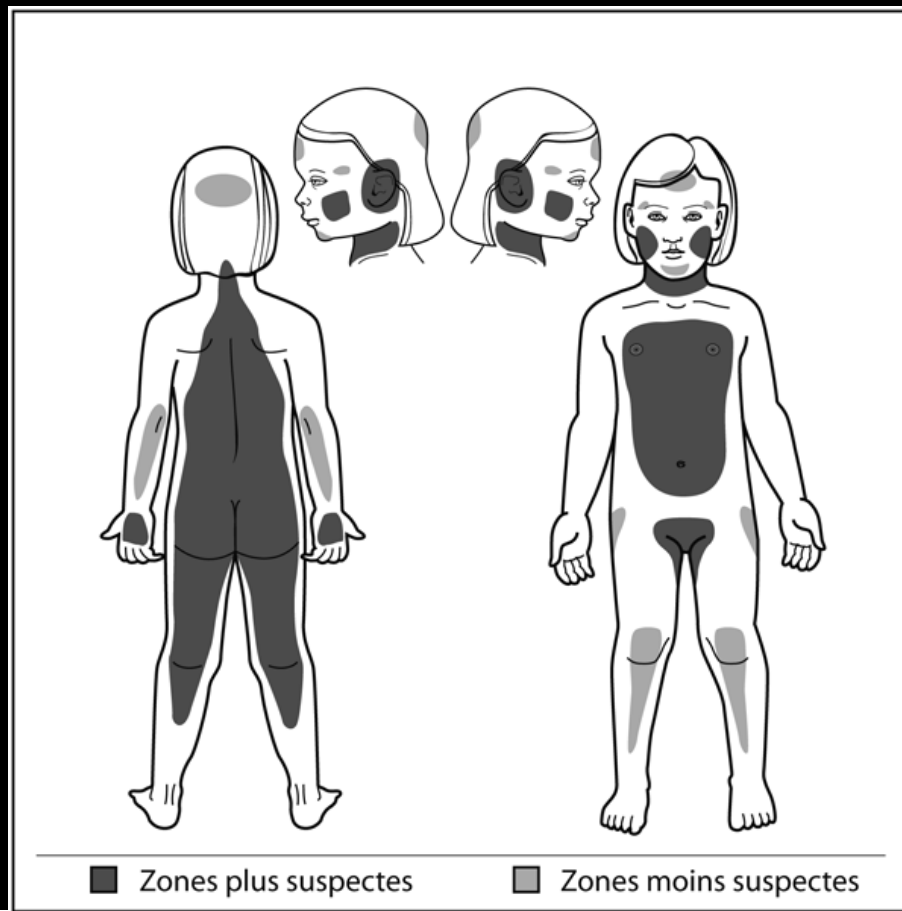
Les signes cutanés

- Élément suspect : leur forme



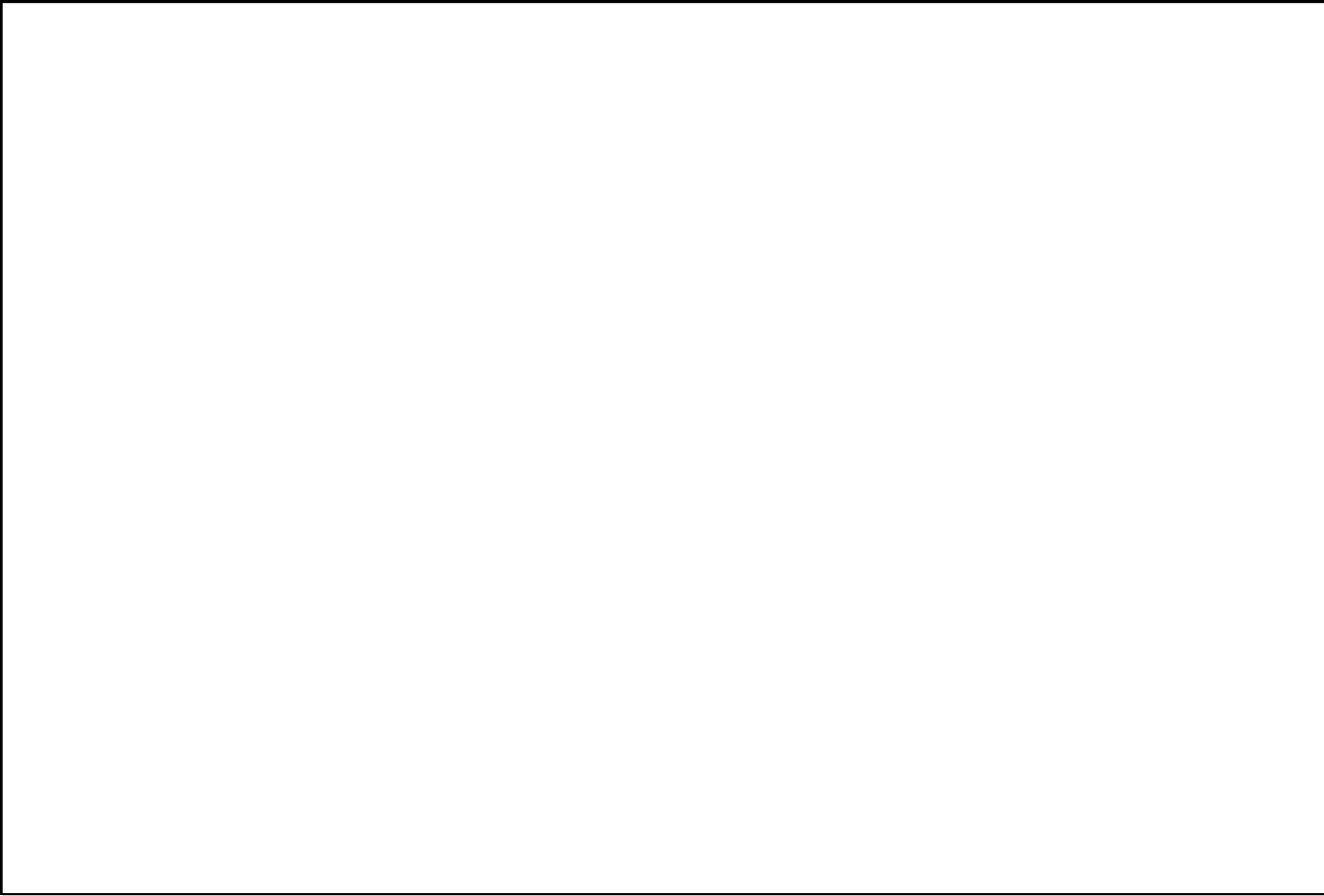
Les signes cutanés

- Élément suspect : leur localisation



Les signes cutanés

- Élément suspect : leur nombre



Les pièges diagnostiques

Taches mongoloïdes

Coagulopathies



Les pièges diagnostiques

Traumatisme accidentel



Les pièges diagnostiques

Traumatisme infligé
(sans maltraitance)



Les signes osseux

- Fréquents (1/3 des cas)
- Éléments suspects
 - discordance avec le niveau de développement
 - nombre
 - différence d'âge
 - découverte surprise
 - localisation

Les signes osseux

Élément suspect : discordance avec le niveau de développement

(< 1 an : >50% risque de violences)

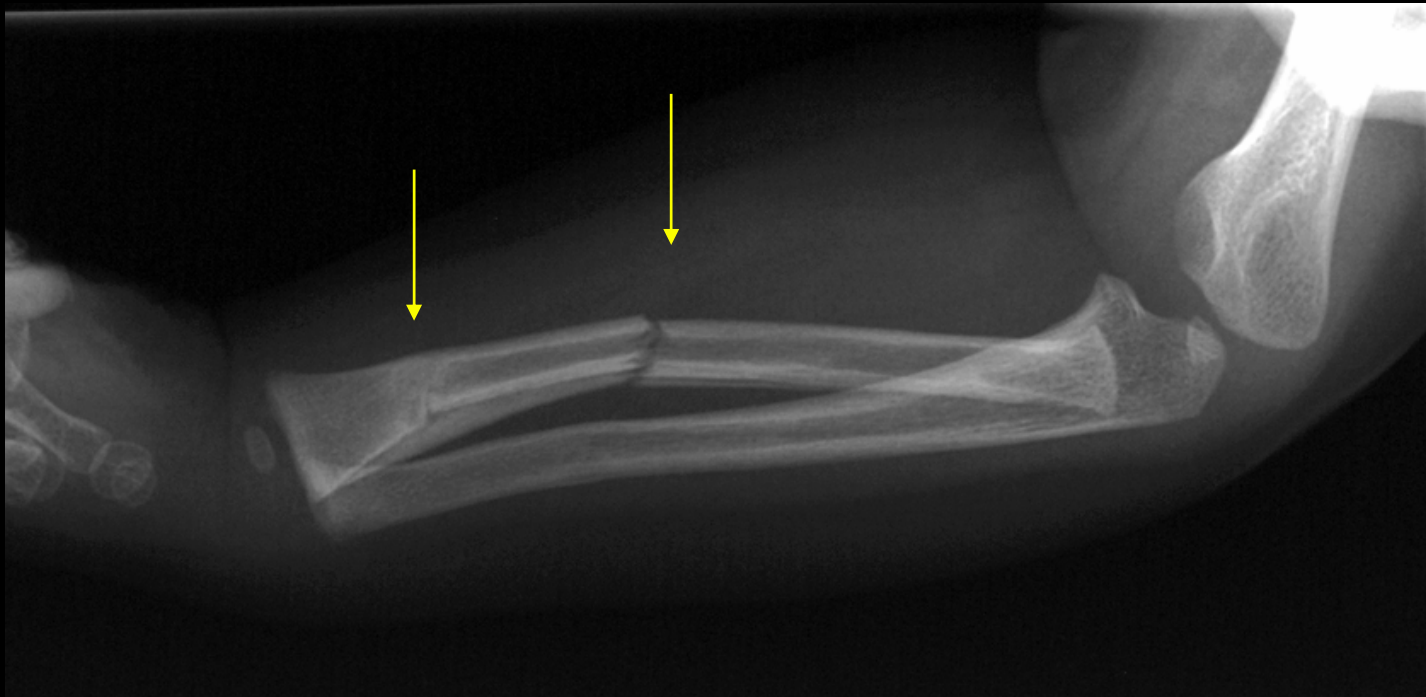
Les signes osseux

Élément suspect : nombre de fractures

(>2 : x 4 risque de violences)

Les signes osseux

Élément suspect : différence d'âge des fractures



Les signes osseux

Élément suspect : différence d'âge des fractures

<i>Datation radiologique des fractures</i>			
	Evolution		
Caractéristiques	Précoce	Moyenne	Tardive
Résolution des tissus mous	2-5 jours	4-10 jours	10-21 jours
Réaction périostée	4-10 jours	10-14 jours	14-21 jours
Perte du trait de fracture	10-14 jours	14-21 jours	
Cal fibro-cartilagineux (mou)	10-14 jours	14-21 jours	
Cal osseux dense (dur)	14-21 jours	21-42 jours	41-90 jours
Remodelage	3 mois	1 an	≥ 2 ans

Les signes osseux

Élément suspect : localisation

Spécificité élevée

métaphyso-épiphysaire
(<1 an)



Les signes osseux

Élément suspect : localisation

Spécificité élevée

côtes (postérieur)
omoplate
rachis (épineuses)
sternum



Les signes osseux

Élément suspect : localisation

Spécificité modérée

doigts (métaphyse, multiples)

crâne (fractures complexes)

rachis (corps vertébraux)



Les signes osseux

Élément suspect : localisation

Spécificité faible

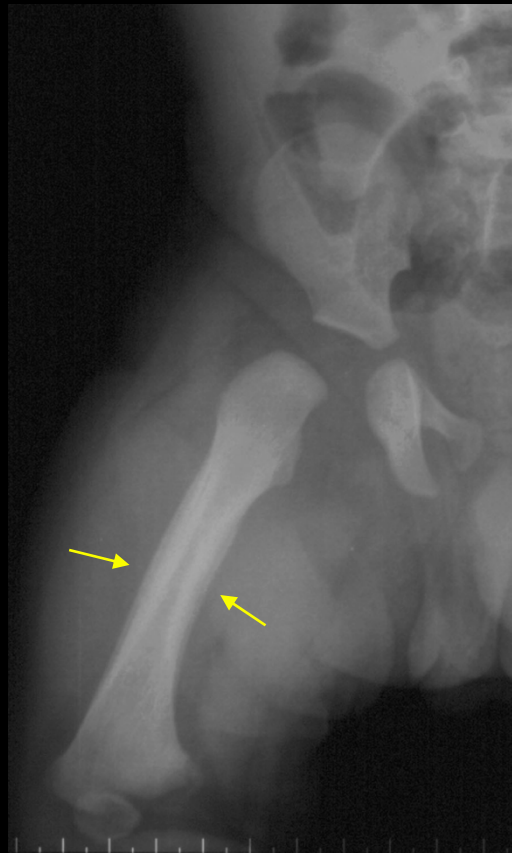
diaphysaire (spiroïde)

clavicule (1/3 interne)

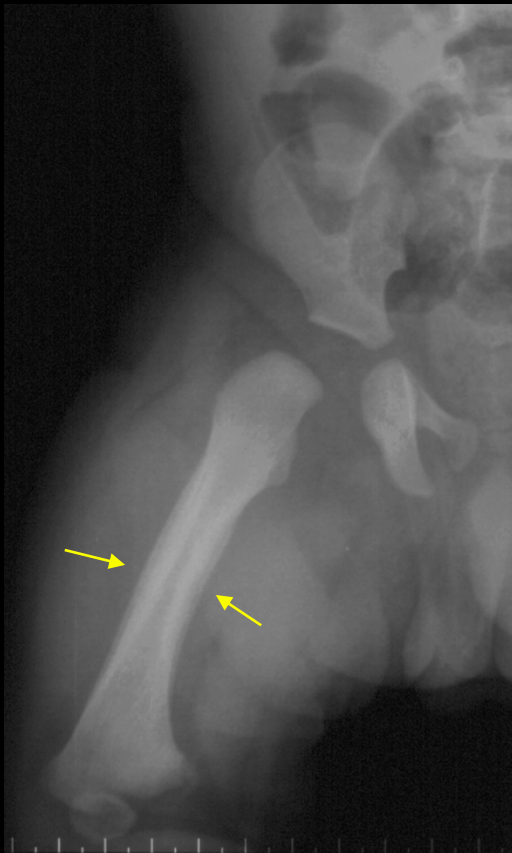
crâne (linéaires)



Les pièges diagnostiques

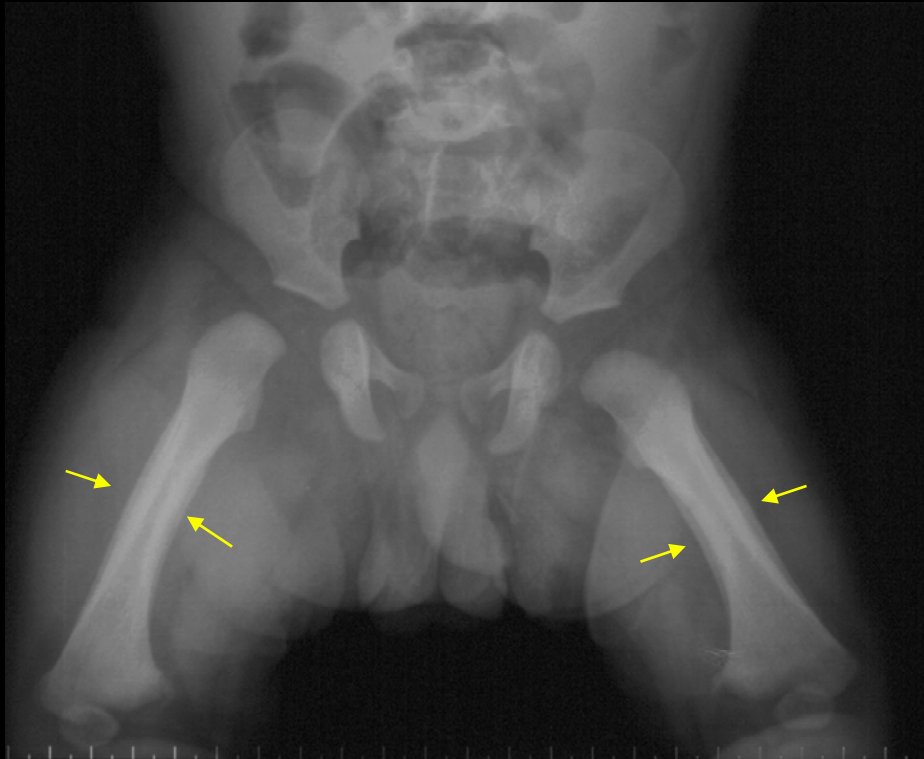


Les pièges diagnostiques



Les pièges diagnostiques

Variantes de la normale



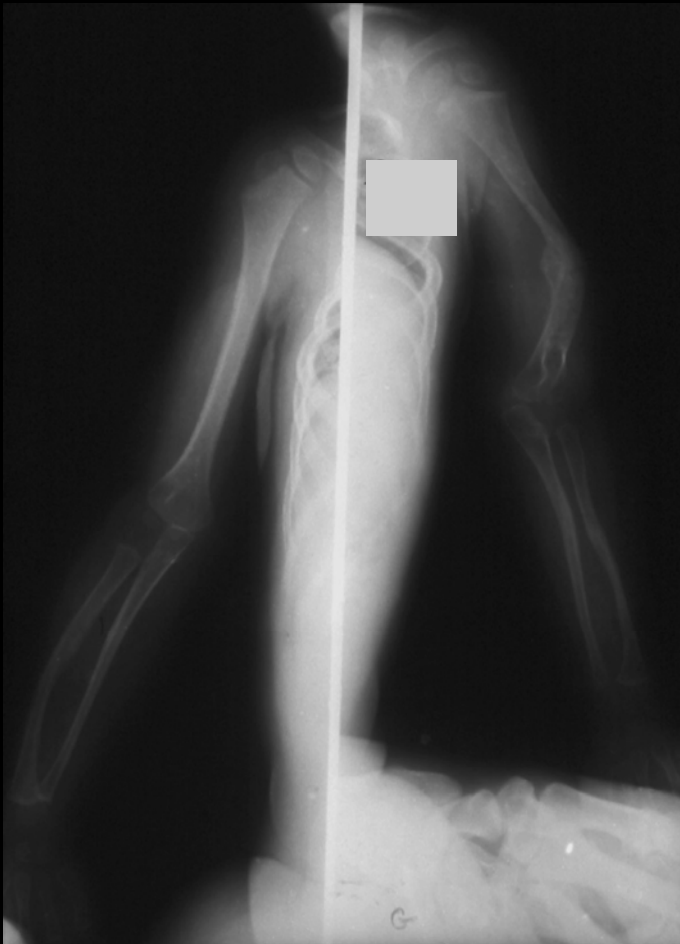
Errare humanum est ...

Coxa vara infantile



perseverare diabolicum

Les pièges diagnostiques



Ostéogénèse imparfaite

Les pièges diagnostiques



Ostéogénèse imparfaite

Les pièges diagnostiques



Ostéopénie du prématuré

L'approche clinique

L'approche clinique

Histoire

- entretien séparé
- entretien précis
- entretien sans a priori
- entretien adapté
- entretien non suggestif
- entretien attentif aux réactions
- entretien « dépassionné »

L'approche clinique

Examen physique

- état général (état nutritionnel, propreté...)
- peau
- tête
- oreilles
- yeux
- bouche
- abdomen
- appareil locomoteur
- examen neurologique



L'approche clinique

Examens complémentaires

Rechercher une cause

- bilan coagulation
- bilan phospho-calcique, ostéodensitométrie

L'approche clinique

Examens complémentaires

Rechercher d'autres lésions

- bilan radiographique complet

Squelette axial

Thorax (AP oblique droite et gauche)

Bassin (AP)

Colonne lombo-sacrée (latéral)

Crâne (AP et latéral)

Extrémités

Humérus (AP)

Avant-bras (AP)

Mains (PA)

Fémurs (AP)

Jambes (AP)

Pieds (AP)

L'approche clinique

Examens complémentaires

Rechercher d'autres lésions

- scintigraphie



Conduite à tenir

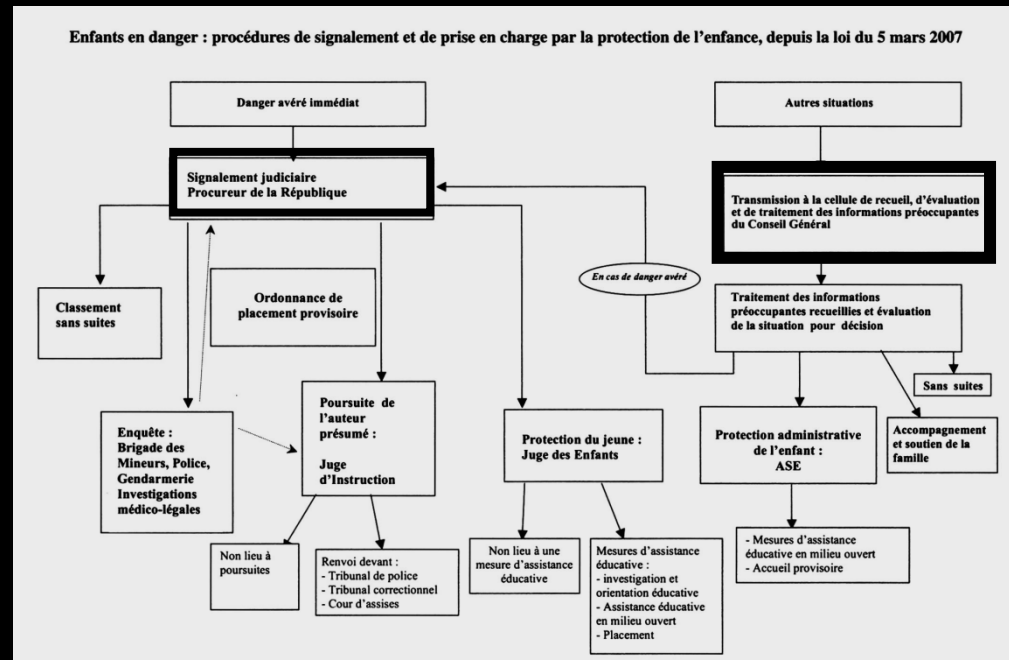
Hospitalisation

- observation
- bilan
- concertation pluridisciplinaire
- mise à l'abri
- transmission des informations

Conduite à tenir

transmission des informations

- devoir et obligation
- administration / justice
(information préoccupante / signalement)



Conduite à tenir

Information préoccupante et signalement

- devoir et obligation
- administration et justice
- document écrit
 - état civil et adresse
 - précis
 - en termes simples
 - prudent
 - faisant part des inquiétudes
- secret professionnel partagé



Information Préoccupante

Nom-Prénom du/des mineurs :
.....

Document de recueil à transmettre à la Cellule Départementale
Conseil Général du Pas de Calais
Hôtel du département
Direction de l'Enfance et de la famille
Bureau de Coordination du Signalement
et de l'Enfance en Danger
Rue Ferdinand Buisson
62018 ARRAS Cedex 9

Tél : 03.21.21.89.89
Fax : 03.21.60.41.35
Mail : informationspreoccupantes@cg62.fr

Envoyé à la Cellule Départementale,
le :

Conclusion

Réalité difficile à imaginer

- reconnaissance tardive
- diagnostic non évoqué
- information non transmise

Conclusion

Réalité difficile à imaginer

- reconnaissance tardive
- diagnostic non évoqué
- information non transmise

...mais attention aux diagnostics par excès

Conclusion

- une histoire peu plausible, absente ou variable
- la sévérité et la multiplicité des blessures
- leurs age différent
- leur aspect
- l'atteinte de différents systèmes

The Battered Child Syndrome

Kempe C, Silverman F, Steele B, Droegemueller W, Silver H.
JAMA 1962; 181; p17-24

Manifestations of the battered-child syndrome

Akbarnia B, Torg J, Kirkpatrick J, Sussman S.
JBJS (a) 1974; p 1159-66

L'orthopédiste et la maltraitance

Kohler R, Gillet Y, Sailhan F, Parot R
Monographie du GEOP- Fractures de l'enfant 2002; p 53-62

Les violences physiques faites aux enfants

Labbé J
Gazette de la SOFOP 2010; p1-28
sofop.org
livres-medicaux.com

Enfance et partage

www.enfance-et-partage.com