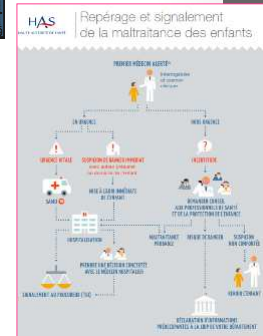


Maltraitance/enfance en danger : généralités

Dr AP Michard-Lenoir
Médecin pédiatre


$$\begin{bmatrix} 1 \\ \vdots \\ 1 \end{bmatrix}$$

Missions



- Repérer = APML
- Protéger = VS
- Alerter = VS
- Prévenir = APML (prévention)



Repérer

**RENDRE
VISIBLE**

« On ne trouve que ce que l'on cherche et donc que ce que l'on connait »

[3]

Définitions

L'OMS en 1999 définit les maltraitances

« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitements négligents, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un **préjudice réel ou potentiel** pour la sante de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Cette définition ne retient pas le critère **d'intentionnalité** :
Par ce que les non-actes sont englobés.
Et « n'avoir pas fait » semble difficile à raccorder à une notion d'intentionnalité

[4]

Problème majeur de santé publique

- L'étude prospective américaine de Felitti (2010), montre que le **principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance**
- Les conséquences sur la santé, sont proportionnelles aux violences subies, plus elles ont été graves, fréquentes et plus les conséquences sur la santé sont importantes

Conséquences physiques	Santé mentale et comportementale	Santé sexuelle et génésique	Maladie chronique
Traumatismes épilepsies, hémorragies, célestes, brûlures, fractures, lésions, maladies	Abus d'alcool et de drogues, Dépression et anxiété, Stress post-traumatique, Troubles de l'alimentation et du sommeil, Troubles de l'attention, Hyperactivité, Comportement d'externalisation, TDAH, Femmes suicidaires, Comportement suicidaire, Rapports sexuels non protégés	Grossesses non désirées, Complications de la grossesse, Avortements non sécurisés, Troubles gynécologiques, Syndromes douloureux complexes, Douleurs pelviennes chroniques, VIH, Autres infections sexuellement transmissibles	Anxiété et stress, Cancer, Troubles cardiovasculaires, Diabète, Problèmes rénaux, Maladie du foie, Accident vasculaire cérébral

Avoir subi des violences
est le **déterminant principal** pour
subir des violences
ou en commettre une
fois adulte...
(ONU, 2010)

[5]

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
PÉDIATRIE
MÉDICO-
LÉGALE

Pourquoi il faut s'en occuper

> 1 / 10 enfant

- D'après les données des études, chaque année :
 - 4 à 16 % des enfants seraient victimes de violences physiques
 - 1 sur 10 serait victime de négligence ou de violences psychologiques
 - 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (de tous types).
 - Chez les enfants témoins de maltraitance conjugale, le risque d'un autre type de maltraitance serait de 30 % à 60 %

- 1 à 2 décès par jour en France imputables à la maltraitance
- 14% des adultes disent avoir été maltraités dans leur enfance

Officiellement : maltraitance infantile 10 fois moins fréquente
(chiffres viennent services sociaux – sous estimés)

[6]

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
PÉDIATRIE
MÉDICO-
LÉGALE

Savoir reconnaître la « pathologie »

Le dépistage des mauvais traitements implique de penser la maltraitance comme un **diagnostic médical**

On ne peut voir et entendre, que si l'on a dans la tête la maltraitance comme possibilité, comme « **tiroir** » **diagnostic**, avec la gravité de ses conséquences sur le développement de l'enfant

④ 4. Quels sont les auteurs présumés à l'origine des dangers ?

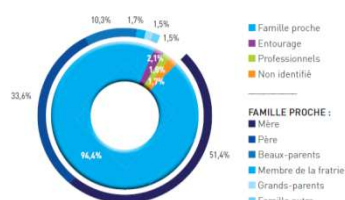
■ 59 182 auteurs présumés dont 46 976 auteurs distincts.

■ 94,4% des auteurs présumés ont partie de la famille proche.

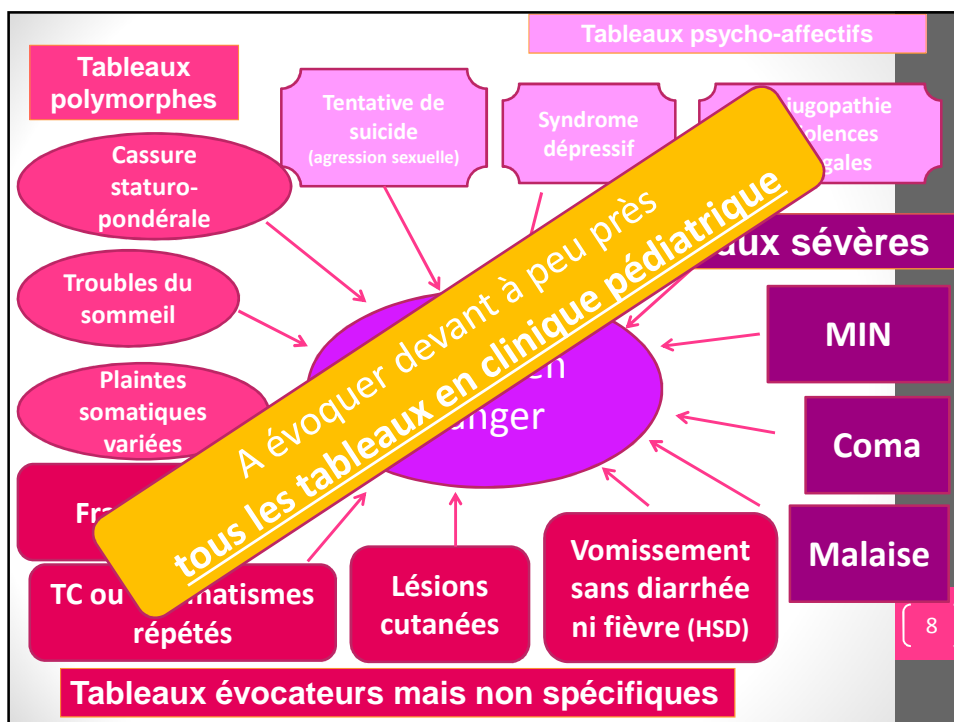
■ Dans 51,4% des cas, la mère est l'auteur présumée.

■ Pour 10 939 enfants (1/3 des enfants en danger), les deux parents sont auteurs présumés.

■ Plus de 9 auteurs présumés sur 10 sont des adultes, 1,6% des jeunes majeurs et 2% des mineurs, principalement des adolescents.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
PÉDIATRIE
MÉDICO-
LÉGALE



Différentes formes de situation de danger / maltraitance

Child abuse	Child neglect
« Mauvais traitements par commission », traduit en français par « violences »	« Mauvais traitements par omission », traduit en français par « négligences lourdes »
1. Maltraitance physique 2. Maltraitance psychologique (ou « émotionnelle ») dont le fait d'être exposé à la violence conjugale ⁹⁶ 3. Maltraitance sexuelle	4. Négligence manque d'hygiène, de soins, dénutrition, carences éducatives, rythmes de vie inadaptés

Réintroduction de la notion incest (2016)

Y penser en cas de MIN

Diagnostic difficile
 Souvent enfant jeune : verbalisation difficile
 Pas de témoin
 Dans l'intimité des familles

Les + fréquentes
 Diagnostic difficile
 +++

Source : OMS 2002, World Report on Violence & Health

Environnements violents et violence inter-parentale

(violence contre figure d'attachement serait le stress le plus important pour un jeune nourrisson)

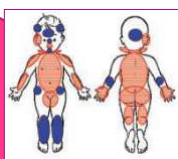
[9]

La « pathologie » elle-même



Association de lésions

Ecchymoses
 Brûlures
 Morsures
 SBS
 Fractures (multiples)
 ...



Anamnèse
 discordante,
 explications
 incompatibles
 entre lésions et
 âge



Retard recours aux soins
 (complications)

Amélioration
 si soustrait à
 milieu familial

Interaction
 parents-enfants
 défailante

Changement
 de
 comportement

Indicateurs de suspicion

- **Verbalisation de l'enfant**
- Histoire de traumatismes antérieurs multiples ou ≥ 3 accidents nécessitant une visite médicale = suspects
- Présence d'éléments suspects à l'observation des parents, comportement inadapté vis-à-vis de l'enfant
- Lésions typiques de mauvais traitements
- Lésions multiples d'âges différents
- Tableaux cliniques et/ou biologiques surprenants ou incompatibles

Association
de lésions

Incompatibilité de l'histoire avec le développement de l'enfant
Et de l'histoire avec les lésions observées

Amélioration clinique (éveil, poids...) de l'enfant
au cours de son hospitalisation et disparition des symptômes :
« Hospitalisme à domicile » (ou inversé)

[11]

Facteurs de risque

ATTENTION

≠ STIGMATISATION

Tableau II: Facteurs de risque spécifiques à la maltraitance de l'enfant

Caractéristiques de l'enfant
- prématurité
- né d'une grossesse multiple
- né après un deuil (enfant de remplacement)
- né d'une autre union ou d'adultère (parentalité non désirée)
- de sexe non accepté
- handicap physique ou mental
- troubles du comportement (trouble obsessionnel compulsif, hyperactivité...)
Evénements de la vie de l'enfant
- hospitalisation prolongée dans les premiers temps de la vie
- vie prolongée en institution (placement, internat...)
- irrégularité de la présence parentale (mode de garde chaotique...)
Contexte familial
- famille nombreuse
- monoparentalité
- jeune âge des parents

Pas de profil de
parent
maltraitant



Tableau tiré de la CC Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences 3 mars 2004

Écouter les parents encore et toujours
Mais avec VIGILANCE et CIRCONSCRIPTION

[12]

Diagnostic reste difficile

Difficulté de l'évaluation

- La plupart des lésions traumatiques rencontrées chez les victimes d'abus physiques n'ont pas d'apparence distinctive ➡ **Prudence** dans leur interprétation
- Consignation par écrit de toute information recueillie dans le dossier médical

➡ Examen clinique complet et minutieux

➡ Hospitaliser au moindre doute :

- Bilan clinique et paraclinique
- Discussion de la réalisation d'une information préoccupante voire d'un signalement judiciaire

Attention aux diagnostics différentiels
Aucun signe ou symptôme n'est pathognomonique

[13]

Quels sont les impacts ??



Quelles différences ?

- La taille du cerveau adulte :
 - 1400 cm³ homo sapiens / 900 cm³ grands singes
- La bipédie → rétrécissement de la taille du bassin

→ Tête plus grosse / bassin plus étroit

Problème de la naissance : expulsion

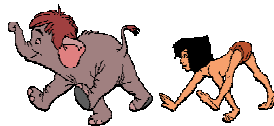
Réponse adaptative : les humains naissent avant d'être « terminés » (néoténie)

Volume du cerveau d'un NN = 10% du volume final (singe = 60%)

[14]

Quels sont les impacts ?

- 1ère conséquence de cette **IMMATURITE** : il faut s'occuper du « petit homme », en prendre soin, pendant de nombreuses années, pour assurer éducation et survie dans un environnement potentiellement « hostile »
- Développement cérébral se produit essentiellement en post-natal, en **INTERACTION** avec le monde
- La maturation cérébrale ne s'achève que vers 30 ans !
- Le **contexte social et culturel « s'inscrit »** dans la structure cérébrale



(15)

Dans les faits

- Enfants
 - Immaturité physiologique et psychologique (néoténie)
 - Fragilité
 - Dépendance
 - Impuissance
 - Manque d'expérience face aux adultes
 - Situation d'être en devenir, en pleine construction

**Impact
psychologique** des
maltraitements plus grave
que chez les adultes

SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
PÉDIATRIE
MÉDICO-
LÉGALE

(16)

Le concept de la « double peine »

L'enfant va souffrir

- Au moment du traumatisme
- Et du traumatisme

[17]

Dans les faits

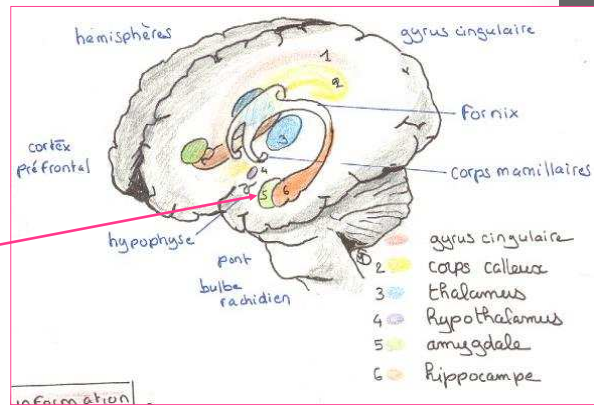
Cerveau des enfants
plus sensibles
aux effets du stress

- SNC immature
- Stress provoqué par l'acte de violence
 - sécrétion excessives de cortisol
 - risques plus importants d'atteintes neuronales et plus particulièrement dendritiques
 - morts neuronales
 - modifications épigénétiques de l'ADN des neurones
- Certaines zones du cerveau comme le **cortex pré-frontal limbique et l'hippocampe** peuvent perdre de leur volume et rester atrophiées tant qu'il n'y a pas de protection mise en place et de prise en charge adaptée

[18]

Système limbique

Amygdale : initie et contrôle l'expression des réponses émotionnelles face à un danger. Rôle dans la régulation des émotions et de la mémoire. Siège de la mémoire émotionnelle implicite (non consciente)



Danger/ Stress : réponse émotionnelle normale

Activation immédiate incontrôlée et non consciente : **amygdale cérébrale**

SNA et axe HH : adrénaline et le cortisol

La mémoire émotionnelle de l'événement est intégrée par l'hippocampe, transformée en mémoire explicite autobiographique et en expérience et elle peut favoriser de nouveaux apprentissages

Mobilisation E : FC / FR / Glucose
→ Faire face au danger

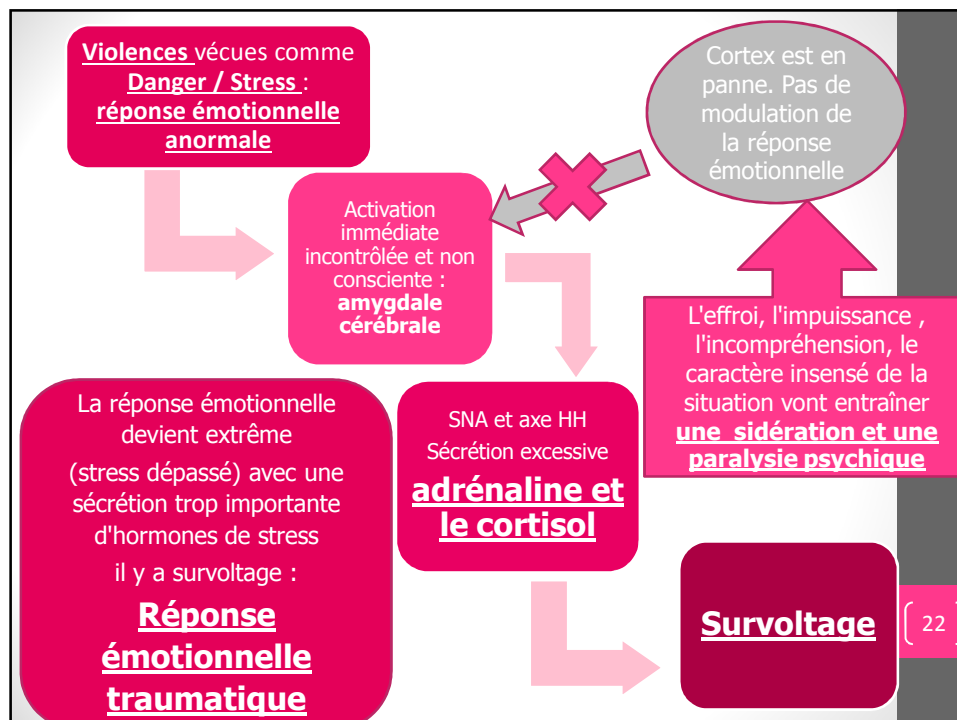
Cortex qui module ou éteint l'amygdale et la réponse émotionnelle

Etat de Stress Post-Traumatique

- Lorsqu'une personne est exposée à une **violence** à laquelle elle ne peut échapper, cet événement crée un **stress extrême** et une réponse émotionnelle incontrôlable
- Ce stress entraîne un risque vital cardiovasculaire et neurologique par « **survoltage** » comme dans un circuit électrique
- Pour stopper ce risque fonctionnel, notre circuit neuronal « **disjoncte** » automatiquement grâce à la sécrétion de « drogues dures sécrétées par le cerveau (endorphines, drogues « ketamine-like »)

Violences : Répétées - Intra-familiales - Imprévisibles
- Inexplicables - Soudaines - Injustes...

(21)



(22)

Dans les faits

- Le survoltage
 - mécanisme de sauvegarde
 → déclenchement d'une disjonction qui sera à l'origine d'une dissociation et d'une importante mémoire traumatique
- Même s'ils n'en ont pas le souvenir, ils en auront des symptômes envahissants par l'intermédiaire de la **mémoire traumatique de ces événements**

les enfants **les plus jeunes** sont **les plus vulnérables** aux violences et en // ils sont les plus concernés par les violences

(23)

La réponse émotionnelle traumatique

- Il s'agit d'une disjonction de sauvegarde exceptionnelle qui évite le risque vital et soulage une souffrance émotionnelle et physique devenues intolérables
- **DISJONCTION et DÉCONNECTION de l'amygdale** du circuit émotionnel qui s'éteint, même si le traumatisme se poursuit
- **l'état de stress s'apaise**
 - le SNA et l'axe HHS ne sont plus stimulés, il n'y a plus de souffrance psychique = **Anesthésie émotionnelle**
 - les endorphines provoquent une **Anesthésie physique**, il n'y a plus de souffrance physique
- Mais cette disjonction déconnecte aussi l'amygdale du cortex et de l'hippocampe = c'est **la Dissociation**

Il y a alors arrêt du risque vital
mais installation d'une anesthésie émotionnelle et physique

(24)

Dans les faits

- **Mémoire traumatique :**
 - Les colonisera en leur faisant revivre les mêmes émotions, sensations et douleurs que celles ressenties lors des violences
 - Infectera leur développement psychique
 - Risquera d'entraîner :
 - des troubles de la personnalité,
 - des troubles du comportements
 - et des troubles cognitifs
- L'enfant mettra en place des **stratégies de survie** pour y échapper ou l'anesthésier

[25]

Dans les faits

- Ces troubles potentiellement envahissants pris à tort
 - pour des états psychotiques
 - des états limites
 - des troubles obsessionnels sévères
 - des troubles graves de l'attention
 - ou des déficiences mentales
- et seront traités comme tels, par méconnaissance des troubles psycho traumatiques et des situations de maltraitance



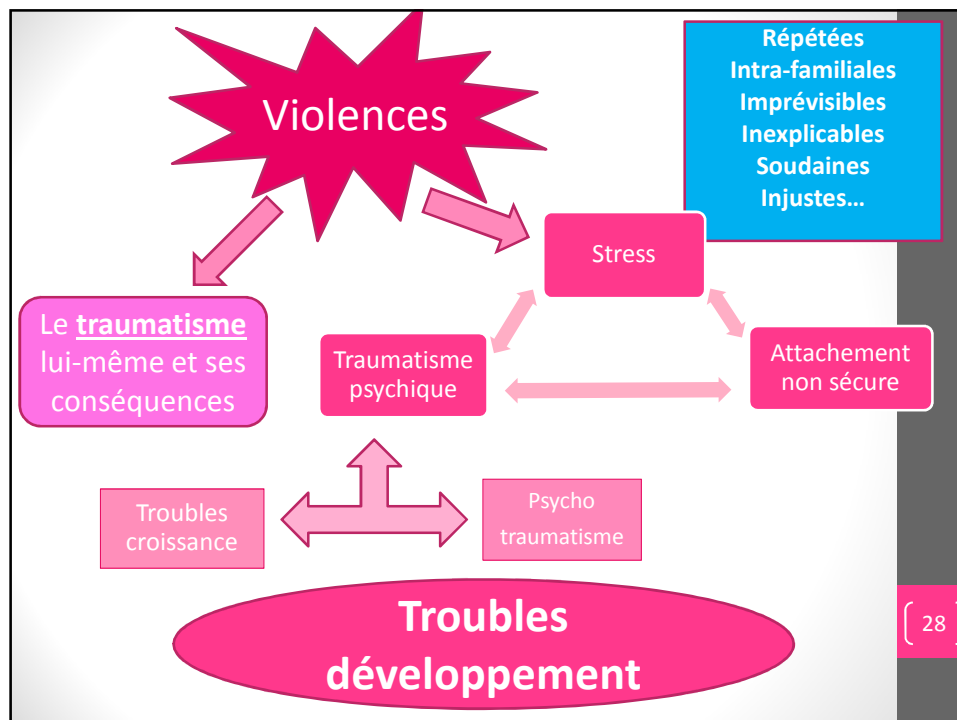
[26]

Situations des enfants « victimes » des violences conjugales

- En cas de **violences conjugales** : 60% de risque de développer un état de stress post-traumatique pour les enfants exposés
- **Climat de grande insécurité et de terreur**
- Toute leur énergie passe dans la mise en place de **stratégies de survie et de défense**
- Il est essentiel de les **protéger**, d'assurer leur sécurité et de leur donner des soins spécialisés

Provoque situation Stress
chez enfant même
en ante-natal

[27]

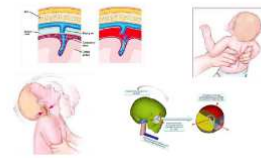


[28]

Syndrome Bébé Secoué

- **Bébé secoué**
 - Cerveau
 - Os : côtes - humérus
 - Œil : hémorragies rétiniennes par traction du vitré sur la rétine → liquide qui continue à bouger et va buter contre la rétine
 - Moelle :
 - Saignement
 - Lésions au niveau des articulations cervicales

Description et origine des lésions



Les lésions osseuses



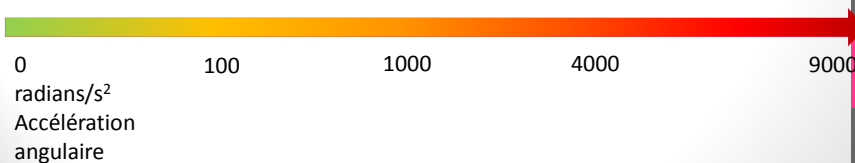
SBS

- Études biomécaniques
 - Accident de voiture chez un adulte = 2000 radians/s²
 - bébé secoué = 5000 radians/s²

Jeux
Câlins
Jet en l'air
Promenade poussette

Manège (grand 8)
Choc arrière
Tête au football

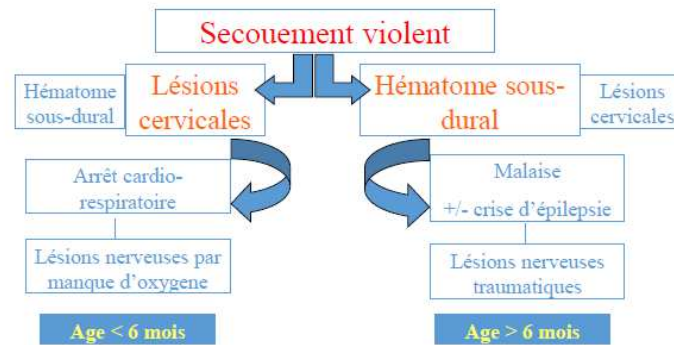
Placage
AVP violent
Bébé secoué



SBS

Secouements intenses : pas forcément hématomes volumineux : décès par ACR (lésion tronc) ou lésions neuro sévères + œdèmes +++

Présentation clinique fonction de l'âge



Secouement violent

SBS

- Article paru dans Pediatrics en 2010
- Adamsbaum et Rey-Salmon
- Co-expertise pédiatre-radiologue
- Article qui étudie les aveux des personnes qui ont secoué un bébé et surtout la relation geste – symptômes
 - 7 ans (2002-2009)
 - 39 TGI
 - 112 NRS

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Abusive Head Trauma: Pediatric Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking
 Catherine Adamsbaum, Sophie Caplan, Nathalie Majani and Caroline Rey-Salmon
 Pediatrics 2010;126:340-355, originally published online Aug 9, 2010;
 DOI: 10.1542/peds.2009-3647

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/5/486>

SBS

- Quel enfant ??
 - **ATCD** ++++
 - 15/66 ATCD lésions traumatiques
 - 11 ecchymoses
 - 3 fractures
 - 1 hématome plancher buccal
 - Prédominance **masculine** 68%
 - Age médian : **4,4 mois**
 - Moins de 6 mois : 73%
 - Ancien **prématuré** : 23%
 - Décès : 29%
- Quel auteur ?
 - Père ou beau-père : 34/66
 - Mère : 19/66
 - Nourrice : 12/66
 - Frère adolescent : 1/66
 - Toujours une **relation duelle** avec l'enfant (pas de témoin)
 - Facteur déclenchant : **les pleurs** ++++

SBS

PAS
d'INTERVALLE LIBRE

- Secousses violentes
- Bébé tous pris sous les aisselles
- Peu d'impacts associés
- **Toujours un geste violent et volontaire** (même si volonté de nuire peut être discutée, le geste lui-même est volontaire)
- **EFFETS IMMEDIATS** SUR L'ENFANT = 100%
 - Arrêt pleurs = 29/53
 - Hypotonie = 22/53
 - Changement regard = 20/53
 - Troubles respiratoires = 13/53
 - Pâleur = 8/53
 - Vomissements = 6/53



SBS

- Effets immédiats : toujours
- Actes répétés : souvent
- Actes violents : toujours

- **Secousses répétées** = 50%
 - En moyenne 10 fois
- Traduction clinico-radiologique de la répétition :
 - 1 ou plusieurs épisodes de qq jours de dégradation clinique dont certains ont justifié une Hospitalisation
 - Étudier courbe de Périmètre Crânien
 - Radio = HSD de densité différente, dans des localisations différentes
- Recommandations = **examiner les autres jeunes enfants** (fratrie, autres enfants gardés par nourrice)

SBS

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Retard diagnostic : 50 expertises judiciaires avec qualification de violence (2006-2015) <ul style="list-style-type: none"> • 39 (80%) : ATCD de violences • Dont 27 avec consultations antérieures • 17 (42%) : passés aux urgences, dont certains avaient été hospitalisés | <ul style="list-style-type: none"> • consultations médicales : 27 (67%) <ul style="list-style-type: none"> • 7 malaise graves • 25 vomissements sans fièvre ni diarrhée • 17 cassure courbe de PC • 13 lésions cutanées • 10 cassure courbe de poids • Ancienneté : 1 à 120 jours <ul style="list-style-type: none"> • Moyenne = 30 jours • Médiane = 20 jours |
|---|--|

SBS

- Pas d'intervalle libre
- Le moment du traumatisme peut être fixé à la fin de la période de temps où l'enfant était cliniquement normal
- **Concordance :**
 - Secouage-lésions-symptômes
- Conséquences : si on détermine le moment du secouage on peut en déduire l'auteur
- Recommandations vont changer → plus de possible
Si HSD → SBS

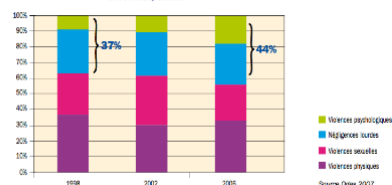
Négligences définitions : CDC 2008

Défaillance à subvenir aux besoins de l'enfant :

- Besoins physiques
(alimentation, hygiène, abri, vêtements)
- Émotionnels
- De soins médicaux (omission de soins, refus de traitement)

- D'éducation
- De sécurité : protection de l'enfant d'un danger ou d'un danger potentiel (surveillance inadéquate de ses activités, exposition à un environnement violent à domicile ou dans le voisinage)

Comparaison de la typologie des maltraitances signalées en 1998, 2002 et 2006
France métropolitaine



Causer du tort à l'enfant peut être une conséquence voulue ou non. L'intentionnalité n'est reconnue que dans les cas les plus graves avec des parents compétents

Nourritures
« alimentaires »

Nourritures
« affectives »

La **bientraitance**
n'est pas que la
non-
maltraitance

« Un nouveau-né qui n'appartient pas est condamné à mourir ou à du mal à se développer. Mais un enfant qui appartient est condamné à se laisser façonner par ceux à qui il appartient. Le plaisir de devenir soi-même, de savoir qui on est, d'où on vient, comment on aime vivre, passe par le lien qu'on tisse avec les autres. »

Boris CYRULNIK, *Les nourritures affectives*

Source : Center on the Developing Child (2009). Five Numbers to Remember About Early Childhood Development (left). Retrieved from www.developingchild.harvard.edu

Pat Levitt, National Scientific council on the Developing Child (2009)

Particularités des négligences

- Plus lisibles dans les situations à faibles niveau socio-économiques mais existent dans tous les milieux
- Transversalité de ce type de maltraitance : **fréquemment associés aux autres types de maltraitance** (effet poupées russes)
 - En raison de la configuration familiale
 - De la difficulté d'expression de l'enfant (Révélation difficiles)



Décalage entre demandes - besoins de l'enfant
ET
possibilité des parents à percevoir - satisfaire ses besoins

L'hypotrophie par carence : la croissance empêchée

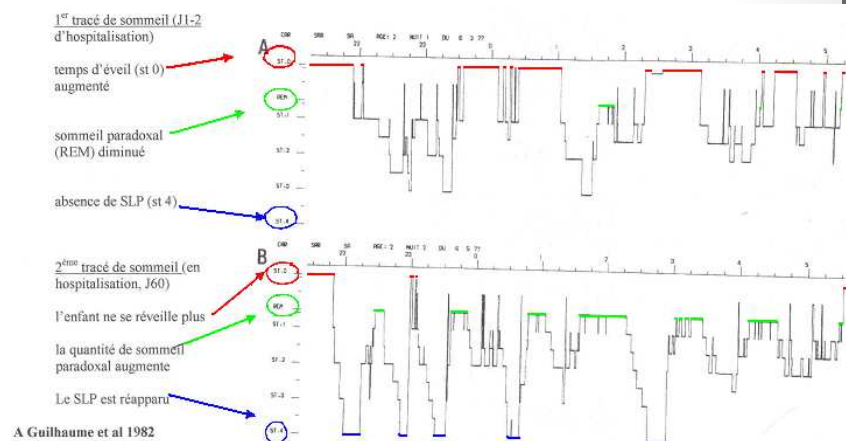
- Environnement carentiel → diminution voire arrêt de sécrétion Hormone de Croissance (Powell 1967)
- Disparition Sommeil Lent Profond (SLP) (Alain Guilhaume (1982))
 - Le stress diminue ce sommeil
 - GH est justement sécrétée dans cette phase de sommeil
 - Séparation milieu de vie carentiel
 - → Levée du stress
 - → réapparition SLP
 - → reprise sécrétion normale GH
 - → correction des troubles / rattrapage croissance satisfaisante



Nanisme psycho-social

(41)

Le tracé de sommeil d'un enfant carenté est anormal



Le SLP (*stimulus physiologique de la sécrétion de GH*) disparaît ;
le temps d'éveil augmente, le sommeil paradoxal diminue ;
En hospitalisation, le tracé se normalise en quelques jours

(42)

L'hypotrophie par carence : la croissance empêchée

- La plus fréquente des hypotrophies
- Rechercher association avec :
 - Retard psycho-moteur, cognitif
 - Troubles du comportement
 - Autres maltraitances (réciproquement)
- Autres symptômes de carence :
 - D'hygiène
 - De soins médicaux
- La **croissance retrouvée de l'enfant** quand l'environnement change :
 - Par exemple lors d'une hospitalisation (pour le nourrisson)
 - Croissance physique et psychique

- Cassure de la croissance
- Récupération si environnement adéquat
- Cumul avec d'autres maltraitances et/ou affection organique

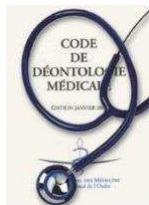
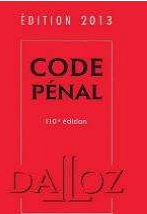
[43]

Conclusions

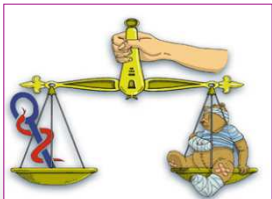
- Les négligences sont des situations fréquentes.
- Absence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant.
- Les modes de révélation sont parfois impressionnants.
- **Le plus souvent il s'agit de situations ténues qui génèrent de la banalisation et du déni dans tous les champs de la prise en charge**
- Les séquelles sont fréquentes et lourdes sur le plan physique, psychique, développemental et social.
- Place de l'épigénétique

Léa

- Situation de danger avec négligences graves
- Sur le plan socio familial et éducatif :
 - **Information Préoccupante envoyée à la CRIP**
 - Étayage familial grâce à suivi PMI par puéricultrice de secteur avec visite au domicile hebdomadaire
 - Suivi mensuel par un pédiatre



Protéger / alerter



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi • Pour quoi ? • Comment ? • Par qui ? • Quand ? • A qui ? | <ul style="list-style-type: none"> • Textes de lois • Indications • Quel écrit ? • Qui rédige ? • Urgence / différé • Conseil Général ou Justice |
|---|--|