

# Maltraitance infantile – protection de l'enfant

**Ulrich Lips**

**Guide concernant la détection précoce et la façon  
de procéder dans un cabinet médical**



Stiftung Kinderschutz Schweiz  
Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant  
Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

# Maltraitance infantile – Protection de l'enfant

Ulrich Lips

Guide concernant la détection précoce et la façon  
de procéder dans un cabinet médical



Stiftung Kinderschutz Schweiz  
Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant  
Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

## Impressum

# Impressum

### Éditrice

Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant  
Case postale 6949 | 3001 Berne  
[www.protection-enfants.ch](http://www.protection-enfants.ch)

Vous pouvez soutenir notre travail: compte postal 30-12478-8

### Auteur

**Dr. med. Ulrich Lips**, chargé de cours, spécialiste FMH de médecine pour enfants et adolescents, responsable du groupe de protection de l'enfant et du service de consultation pour les victimes des hôpitaux pédiatriques universitaires de Zurich

### Responsable du projet

Mirjam Rotzler, Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant

### Conception graphique et production

raschle & kranz | Atelier für Kommunikation, Berne  
(conception graphique)

Martine Besse (traduction)

Dr. med. Myriam Caranzano-Maitre, Fondation ASPI (adaptation)

brioCHe (relecture)

Stämpfli Publikationen AG, Berne (impression)

### Parution de la première édition en français: mars 2011

© 2011 | Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant

Tous droits réservés

La brochure peut être téléchargée sous forme de pdf en français, allemand et italien sur le site:

[www.protection-enfants.ch](http://www.protection-enfants.ch)

## Au sujet de l'auteur



Après avoir effectué sa scolarité et des études de médecine à Zurich, Ulrich Lips a obtenu son diplôme en 1974 et a poursuivi ensuite sa formation de 1975 à 1979 à Bülach, Winterthur et Zurich pour devenir spécialiste FMH en médecine pour enfants et adolescents. De 1980 à 1983, il a travaillé en qualité de chef de clinique à la clinique de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Zurich et à l'hôpital pédiatrique de Zurich. De 1983 à 1988, il a été à la tête de son propre cabinet de pédiatrie à Zurich-Hottingen. Le Prof. Dr. med. Andreas Fanconi, alors directeur de clinique, a nommé Ulrich Lips à la fonction de médecin-chef de la clinique de médecine interne, position qu'il occupe depuis le 1.6.1988 et depuis 2007 en qualité de directeur suppléant.

Ulrich Lips est responsable depuis 1988 du groupe de protection de l'enfant de l'hôpital pédiatrique de Zurich. En 1994, ce dernier est devenu également un service de consultation pour les victimes. Ce groupe est aujourd'hui la plus grande institution médicale dans le domaine de la maltraitance infantile/de la protection de l'enfant en Suisse; son équipe interdisciplinaire qui réunit 12 personnes s'occupe de plus de 400 enfants et jeunes chaque année.

De 1992 à 2007, Ulrich Lips a présidé le groupe de travail «Protection de l'enfant»

de la Société suisse de pédiatrie; ce groupe coordonne les mesures de protection de l'enfant dans les cliniques pédiatriques suisses, définit les lignes de conduite et tient une statistique pour l'ensemble de la Suisse.

Ulrich Lips est auteur principal et co-auteur de publications scientifiques sur les thèmes du syndrome du bébé secoué et de la qualité de vie après des maltraitements infantiles. Membre du comité de la Fondation suisse Enfants et Violence (1993 à 2000), Ulrich Lips est l'initiateur de la vidéo destinée à prévenir le syndrome du bébé secoué (1997).

Ulrich Lips a été, en 1996, membre fondateur de la Commission de la protection de l'enfant du canton de Zurich (la première commission de ce type en Suisse) et en a fait partie jusqu'en 2010. En tant que membre de cette commission, il a participé à la rédaction de la brochure intitulée «Leitfaden zur Standardisierung des Verfahrens in Fällen von Kindsmisshandlung» (2000/2004). Il s'agit d'un guide pratique visant à standardiser la procédure dans les cas de maltraitance infantile. Dans le cadre du Programme national pour la protection de l'enfant «Protection de l'enfant à l'horizon 2020» de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant, Ulrich Lips a présidé en 2007/08 le groupe de travail «Détection précoce de la violence envers les enfants en bas âge». L'idée du présent guide pratique est issue de ce groupe de travail.

## Préface FMH

# Préface FMH

Un enfant qui naît, c'est un événement magnifique et le début de l'épanouissement d'un nouvel être. L'enfance commence et avec elle une période de la vie qui, depuis 1989, est protégée par la Convention des droits de l'enfant de l'ONU. Durant cette étape, les enfants grandissent, apprennent, jouent et se développent. Il est donc normal que le droit à disposer de temps libre, à jouer et à se reposer soit ancré dans cette convention tout comme le droit à la sphère privée, à une famille, à la protection des parents et à un chez-soi sûr. Or ces droits, qui vont de soi pour nous, sont souvent bafoués.

Abus, exploitation, abandon et discrimination d'enfants sont autant d'actes et de faits à déplorer dans tous les pays et à tous les niveaux socioculturels ou économiques, et chez nous aussi. Malgré leur besoin de protection, les enfants sont victimes de violences physiques et psychiques, avec de graves conséquences pour le corps et l'esprit, risquant souvent d'hypothéquer leur avenir à longue échéance. L'épanouissement et le développement de ces enfants sont perturbés, voire parfois franchement compromis. Ils partent dans la vie avec une lourde charge, un fardeau qui leur ferme de nombreuses voies; et quand ils peuvent s'y lancer,

c'est au prix d'efforts énormes. Pour eux, beaucoup de choses deviennent plus compliquées et demandent plus d'énergie.

Malheureusement, chez nous aussi vivent des enfants en proie à cette détresse. La Suisse a mis en vigueur la convention sur les droits des enfants il y a treize ans, mais concrètement, son application n'est toujours pas coordonnée.

Les premières années de la vie des enfants sont fortement ancrées dans le contexte familial. C'est souvent là que débute la maltraitance - au cœur de leur environnement le plus cher. Les examens préventifs ainsi que toutes les autres consultations chez le médecin comptent parmi les contacts réguliers les plus importants hors du noyau familial. Les médecins comme aussi les autres groupes de professionnels de la santé jouent ici un rôle important car ils peuvent déceler en temps utile les dangers qui menacent l'enfant. Mais quand est-on en présence d'un danger, quels en sont les signes avant-coureurs et comment venir au secours de l'enfant concerné? Il est parfois difficile de distinguer ce qui menace l'intérêt de l'enfant des symptômes normaux et des phases de développement individuelles.

Voulues par la Fondation suisse pour la protection de l'enfant, les présentes lignes directrices créent la clarté nécessaire. Elles abordent les facteurs de risque, la négligence et les symptômes de maltraitance, elles expliquent comment agir avec les parents, elles présentent la situation juridique en Suisse et indiquent où les professionnels peuvent obtenir un soutien.

La FMH soutient les efforts de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant: les enfants doivent être protégés contre les menaces, l'abandon, l'exploitation et contre toute violence. Nous recommandons ces lignes directrices car elles représentent un instrument important dans la pratique quotidienne non seulement pour venir en aide aux enfants menacés et les protéger, mais aussi pour épauler les pères et les mères concernés, afin que le plus grand nombre d'enfants puissent grandir dans l'insouciance propre à la jeunesse et sans fardeau inacceptable.

**Dr Jacques de Haller**  
Président de la FMH

**Dr Christine Romann**  
Membre du Comité central de la FMH  
Responsable du domaine Promotion  
de la santé et prévention

## Table de matières

Impressum.....	4
Au sujet de l'auteur.....	5
Préface FMH .....	6
Table de matières .....	7
Préface de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant.....	8
A quoi sert ce guide? .....	10
<b>Première partie</b> .....	11
Définitions et formes.....	11
Les facteurs de risque.....	14
Constats d'ordre physique .....	15
Signes de comportement particuliers .....	25
Dossier médical.....	26
Manière de procéder.....	28
Situation juridique en Suisse .....	31
<b>Deuxième partie</b> .....	33
Pédiatres et autres méde- cins qui suivent des enfants.....	33
Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent.....	34
Chirurgiens pédiatres, chirurgiens.....	34
Dermatologues .....	35
Oto-rhino-laryngologues (ORL) .....	37
Obstétriciens et obstétri- ciennes, gynécologues et néonatalogues .....	38
Dentistes .....	42
Généralistes et autres médecins qui ne s'occupent pas d'enfants ...	43
Le rôle de l'assistante médicale.....	44
Informations complémentaires ..	45
Recommandations.....	46

**Préface de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant**

## Préface de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant

Chers médecins,

Etant active au niveau national, la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant se mobilise dans toutes les régions de notre pays pour que les enfants puissent grandir dans la dignité au sein de notre société, pour que leurs droits soient respectés et que leur intégrité soit protégée. Pour y parvenir, la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant cherche à connaître les causes de la violence et à les prévenir. Malgré tout, il y a en Suisse de nombreux enfants qui sont maltraités, exploités et négligés. En publiant ce guide pratique, la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant entend fournir aux médecins un outil pour les aider à repérer la violence à un stade précoce et à effectuer les démarches nécessaires pour qu'elle cesse.

Car vous jouez un rôle clé, en tant que médecins, dans l'évolution des enfants en danger. C'est votre réaction rapide et compétente à la mise en danger du bien de l'enfant – qu'elle soit présumée ou avérée – qui détermine, dans de nombreux cas, si l'enfant trouvera la protection dont il a besoin et/ou si les parents obtiendront l'aide nécessaire

pour écarter le danger. S'il n'y a pas de réaction, le danger peut s'intensifier et l'enfant en gardera peut-être des séquelles durables.

Quand des enfants viennent vous consulter, vous êtes habituellement aussi en contact avec l'un des parents. Ces circonstances permettent de déceler des symptômes éventuels de violence et de négligence; elles permettent aussi d'expliquer à l'enfant qu'il a des droits, par exemple celui de ne pas être maltraité. En étant en contact avec les parents, il vous est possible, par ailleurs, d'aborder avec eux le problème du surmenage et du stress, les facteurs de risque concernant la maltraitance et la négligence; vous pouvez leur indiquer où s'adresser pour trouver de l'aide et se faire décharger.

Il n'y a pas, pour l'ensemble de la Suisse, de chiffres fiables concernant l'ampleur de la violence exercée à l'encontre des nourrissons et des enfants en bas âge. Le groupe de protection de l'enfant qui existe depuis 1969 à la clinique pédiatrique de Zurich – le plus ancien en milieu hospitalier – a constaté ces dernières années une augmentation des cas suspects signalés et une augmen-

tation des mauvais traitements avérés envers les enfants. Même si le nombre de cas n'est pas à lui seul un indicateur qui permet d'établir une éventuelle augmentation de la violence envers les enfants, on peut admettre, en raison de la hausse nette des cas suspects signalés, que l'on est plus disposé à signaler. La sensibilité du public et des milieux spécialisés semble donc accrue.

La qualité des indications fournies revêt une importance primordiale si l'on veut pouvoir établir qu'il y a eu maltraitance. Pour le permettre, il est indispensable que les professionnels aient à disposition des informations appropriées pour qu'ils sachent quand ils sont confrontés à un cas suspect avéré, à quel moment il est indiqué d'aviser l'autorité de protection de l'enfant (autorité de tutelle) ou de demander l'avis du groupe de protection de l'enfant de l'hôpital. Il est important aussi que les professionnels sachent quelle attitude adopter face à l'auteur présumé / à l'auteure présumée; il est essentiel, d'autre part, que le rôle précis des professionnels concernés soit clairement défini et délimité par rapport au travail des autorités de protection de l'enfant, des services de consultation pour les vic-

times et des groupes de protection de l'enfant, si l'on veut que l'enfant bénéficie effectivement d'une protection. Ce guide pratique fournit des réponses précises à toutes ces questions.

Ce guide pratique a été rédigé par le Dr. méd. Ulrich Lips, directeur du groupe de protection de l'enfant des cliniques universitaires et pédiatriques de Zurich. C'est à son inlassable travail en faveur du bien de l'enfant, à sa longue expérience et à ses connaissances étendues dans le domaine de la protection de l'enfant que l'on doit l'élaboration de ce guide pratique. Au nom de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant, je remercie très sincèrement Ulrich Lips pour son précieux travail et la collaboration fructueuse avec notre fondation.

A vous, chère lectrice, cher lecteur, je souhaite de prendre les bonnes décisions dans l'exercice exigeant de votre profession et je vous remercie de contribuer ainsi à protéger les enfants!

**Fondation Suisse  
pour la Protection de l'Enfant  
Jacqueline Fehr  
Présidente**



**Introduction | A quoi sert ce guide?**

## A quoi sert ce guide?

Les mauvais traitements envers les enfants (maltraitance infantile) sont fréquents. Même si des statistiques précises font défaut pour différentes raisons (nombre important de cas non révélés, définition de la maltraitance, etc.) les faits sont irréfutables: selon des estimations prudentes, 10 à 20 % des enfants<sup>1</sup> subissent des mauvais traitements sous une forme ou une autre jusqu'à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire. Nous voyons ces enfants couramment dans notre cabinet, en consultation et à l'hôpital conjointement à leurs pairs<sup>2</sup> non affectés par des maltraitances. Ils viennent pour des douleurs, des maladies et des accidents, pour des examens de routine et des vaccins. Nous devrions les reconnaître en tant qu'enfants maltraités, car leur santé et leur qualité de vie – dans l'immédiat et pour toute leur vie future d'adultes – peuvent en être sensiblement améliorées.

Ce guide n'est pas un abrégé consacré à la maltraitance infantile et à la pro-

tection de l'enfant. Nous laissons donc délibérément de côté les détails précis et les indications bibliographiques. Ce guide vous est destiné, à vous les médecins qui exercez votre profession dans différentes spécialités et êtes peu familiarisés avec ce domaine. Ce guide devrait vous aider, vous-mêmes ainsi que vos assistantes médicales, à détecter les cas de maltraitance subie et à repérer par ailleurs les situations suspectes et à risque; il devrait aussi vous montrer différents moyens d'y faire face.

Dans la première partie de cette brochure, vous trouverez des généralités sur le phénomène de la maltraitance infantile et la manière de l'aborder; la seconde partie fournit des informations complémentaires aux médecins de différentes spécialités confrontés directement ou indirectement à la maltraitance infantile, soit parce qu'ils traitent des enfants, soit parce qu'ils s'occupent de patients et de patientes adultes ayant des enfants.

---

<sup>1</sup> Le terme 'enfants' désigne des enfants et des jeunes de sexe masculin et féminin jusqu'à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire (définition juridique)

<sup>2</sup> Dans le texte, on parlera de patientes parce que les filles sont plus fréquemment maltraitées que les garçons. Bien entendu, les garçons sont toujours aussi considérés.

# Première partie

## Définition et formes

---

### **Dans les milieux médicaux spécialisés, on distingue généralement 5 formes de mauvais traitements envers les enfants**

- » Maltraitance physique
- » Exploitation sexuelle (synonymes: violence sexuelle, agressions sexuelles, abus sexuels)
- » Maltraitance psychologique
- » Négligence
- » Syndrome de Münchhausen par procuration

### **Dans d'autres domaines (sciences sociales, droit civil), les formes de maltraitance suivantes viennent s'ajouter et se chevauchent en partie**

- » Maltraitance en raison d'un conflit concernant l'autonomie
- » Maltraitance en raison d'un conflit d'adultes concernant l'enfant
- » Maltraitance institutionnelle
- » Maltraitance / violence structurelle

La façon dont on classe les différentes formes de maltraitance a une portée statistique et didactique mais elle est peu pertinente sous l'angle pratique: on est presque toujours en présence de plus d'une forme de maltraitance et les différentes formes de mauvais traitements se chevauchent.

## Définition de la maltraitance infantile

---

La maltraitance infantile est une atteinte non fortuite, consciente ou inconsciente, physique et / ou psychologique (par une intervention active ou par omission), y compris la négligence des besoins de l'enfant, de la part de personnes (parents, autres responsables de l'éducation, tiers), d'institutions et de services sociaux, qui conduit à des troubles du développement, des lésions ou même la mort.

## Définition et formes

### Les différentes formes de maltraitance

#### Maltraitance physique

Il s'agit d'un large spectre de coups, de brûlures causées par une source de chaleur ou une substance bouillante, de contusions, de coups de couteau ou de secousses infligés à un enfant. Parmi les lésions graves, il faut citer des lésions du parenchyme cérébral, des hématomes sous-duraux ou des hémorragies de la rétine ainsi que des lésions des organes thoraciques et abdominaux.

L'association de diverses blessures anciennes (alors que selon l'anamnèse, il n'y aurait qu'un seul traumatisme) indique qu'il y a eu des traumatismes à divers moments.

#### Négligence

Le fait de ne pas satisfaire les besoins d'un enfant, par exemple en termes de nourriture, d'hygiène, de vêtements, d'éducation et d'encadrement. La négligence peut se manifester entre autres comme un trouble de la croissance d'origine non organique. La négligence peut avoir lieu de manière consciente ou inconsciente.

#### Maltraitance psychologique

Attitude négative et destructrice des adultes chargés de l'éducation d'un enfant, consistant à le rabaisser continuellement (insultes, brimades, avilissements, humiliations, oppression verbale, terrorisme verbal). Il s'agit d'appréciations dévalorisantes qui affectent durablement l'estime de soi de l'enfant. En même temps, on communique sans cesse à l'enfant des sentiments négatifs face à son avenir.

La forme de maltraitance psychologique la plus fréquente est aujourd'hui la violence domestique: les enfants sont contraints à être témoins des altercations verbales, psychologiques ou physiques de leurs parents.

#### Exploitation sexuelle

Exhibitionnisme en présence d'enfants, pornographie impliquant des enfants, masturbation avec l'enfant, pénétration (vaginale / anale / orale). Les victimes sont des garçons et des filles souvent durant la petite enfance. Les auteurs (hommes et femmes) de ces actes sont issus majoritairement de l'entourage social proche des victimes. Il est rare de trouver des lésions corporelles évidentes.

## Définition et formes

### Syndrome de Münchhausen par procuration

Des parents (généralement des mères) suscitant souvent une image d'eux-mêmes très positive auprès du personnel médical, inventent des symptômes que leur enfant soit-disant présente (fièvre, crampes, saignements, etc.) ou les déclenchent par les manipulations les plus diverses. Ces deux comportements entraînent un grand nombre d'examens médicaux et d'interventions inutiles. La mère est ainsi au centre de l'attention en tant que personne très inquiète qui prend soin d'un enfant dont personne ne comprend la maladie et qui par conséquent ne peut pas être aidé. Elle en retire un gain d'attention secondaire à la «maladie» de son enfant.

De ce chapitre font aussi partie des demandes d'opérations inutiles

» cf. le chapitre «*Oto-rhino-laryngologues (ORL)*», p. 37

### Maltraitance en raison d'un conflit concernant l'autonomie

Non maîtrise des conflits au moment où les enfants grandissent et se détachent de leurs parents.

### Maltraitance en raison d'un conflit entre adultes concernant l'enfant

Dans les statistiques médicales, cette forme de maltraitance apparaît dans la catégorie des maltraitements psychologiques.

Conflit concernant l'enfant, généralement entre les parents, dans des situations de discorde, de séparation ou de divorce. En raison de l'incapacité des adultes à dialoguer, l'enfant est entraîné dans le conflit et il n'est pas rare que les parties en conflit l'utilisent de surcroît à leur profit; ceci entraîne chez les enfants des dégâts psychologiques, notamment parmi les enfants en bas âge, qui sont tiraillés dans leur perception du conflit entre leurs parents.

### Maltraitance / violence structurelle

La violence structurelle a pour effet que les enfants sont victimes des structures de la société; ces dernières apparaissent comme hostiles aux enfants ou pour le moins comme incompatibles avec les enfants (par ex. la pauvreté, la circulation routière, la pollution de l'environnement). Ce type d'atteinte aux enfants est naturellement bien compréhensible, mais il est en revanche difficile à quantifier et élargit la notion de maltraitance infantile à une dimension illimitée qui rend la collecte de données statistiques a priori irréalisable.

## Les facteurs de risque

### Les facteurs de risque

---

La maltraitance infantile a toujours des causes multiples et ne résulte jamais d'un seul facteur de stress ou de risque. L'addition de plusieurs facteurs de risque conduit à l'incapacité de faire face; celle-ci se traduit par une tolérance réduite au stress, une perte de contrôle et l'incapacité d'identifier les besoins de l'enfant et / ou de les satisfaire. Ceci est valable pour toutes les formes de maltraitance à l'exception de l'exploitation sexuelle; dans ce cas, on est en présence d'un profil de l'auteur tout à fait différent.

#### Les facteurs de risque les plus courants sont les suivants

- » Isolement social, marginalisation, exclusion
- » Difficultés financières (travail / logement)
  
- » Grossesse non désirée
- » Grossesse très précoce
- » Succession de naissances rapprochées
- » Insécurité sociale et / ou émotionnelle / affective
- » Expérience personnelle d'abus
- » Toxicodépendance
- » Maladie psychique / signe de comportement particulier (dépression post-natale)
- » Maladie chronique de l'un des parents
- » Comportement délinquant de l'un des parents
  
- » Conflits dans le couple, séparation, divorce
- » Violence domestique
  
- » Acceptation des châtiments corporels comme méthode d'éducation
- » Attentes des parents démesurées, ce qui génère une pression inappropriée
  
- » Naissances multiples
- » Naissance fortement prématurée
- » Bébés pleurant beaucoup
- » Enfants ayant des problèmes alimentaires
- » Enfants ayant des troubles du sommeil
- » Enfants handicapés
- » Enfants affectés par une maladie chronique

**Constats d'ordre physique**

## Constats d'ordre physique

### Observations d'ordre général

Les éléments, comportements et constats suivants sont des signes généraux qui indiquent l'existence d'une maltraitance physique:

#### Recours tardif à l'aide d'un médecin

Ceci concerne surtout les lésions cutanées superficielles: dans un premier temps, les enfants qui ont des éraflures et des brûlures de degré léger par ébouillantage ne sont pas conduits tout de suite chez le médecin mais seulement plus tard, par ex. quand la blessure s'est infectée et qu'il n'est plus possible d'éviter la consultation médicale.

#### Incohérences au niveau de l'anamnèse

- » Les indications fournies lors de l'anamnèse sont peu vraisemblables et ne concordent pas avec le type de blessure (exemple: présence isolée d'hématomes striés sur la joue gauche, sinon aucune autre lésion sur le corps; explication fournie: chute d'un tricycle). La même personne fournit, selon le moment, des explications différentes concernant les blessures (exemple: brûlure occasionnée par du thé bouillant puis, plus tard, par de la soupe très chaude).
- » Différentes personnes soi-disant présentes au moment de l'accident fournissent des descriptions divergentes.

#### Des blessures d'âge différent

La présence de blessures d'âge différent (hématomes présentant un stade de coloration différent, des fractures dont l'ancienneté varie, etc.) doit surtout retenir l'attention quand un seul accident est signalé, ce qui est généralement le cas. Attention: les enfants qui bougent beaucoup ont presque toujours plusieurs hématomes de coloration différente aux endroits caractéristiques où l'on se heurte (tibias!)

#### Changement de médecin sans raison

##### » Consultations annulées fréquemment

Les consultations destinées à des examens de routine et / ou des vaccinations sont régulièrement annulées au dernier moment. La raison peut en être la présence d'hématomes ou d'autres blessures que le médecin ne doit pas voir.

## Constats d'ordre physique

### » Comportement inapproprié des parents / des personnes qui accompagnent l'enfant

Il s'agit d'être attentif surtout quand les parents ou les personnes qui accompagnent l'enfant sont peu impressionnés par des blessures relativement graves ou semblent peu concernés. Attention: des parents innocents peuvent se trouver dans un état de choc qui les rend insensibles à toute émotion (état second).

### » Symptômes de maladies «qui n'existent pas»

Si, en suivant un enfant, vous êtes confrontés au fait que de nouveaux symptômes de maladie sont décrits en permanence, – et que les anciens disparaissent sans qu'on se l'explique et sans traitement – pensez au syndrome de Münchhausen par procuration qui n'est sans doute pas si rare. En particulier quand les symptômes décrits sont inhabituels (par ex.: un bébé qui a des saignements répétés en l'espace de quelques semaines, une fois par la bouche, une autre fois par le vagin, puis une hémoptysie, et une autre fois encore à l'anus) et tout particulièrement si vous-même ne constatez rien (dans l'exemple ci-dessus: pas de traces de saignement, taux d'hémoglobine normal, coagulation du sang normale, etc.). Il en va de même des maladies que vous-même et vos collègues expérimentés n'avez encore jamais vues: soit vous venez de découvrir une nouvelle maladie, (et dans ce cas, vous devez vous presser de l'étudier et de publier vos observations!) soit vous êtes en présence du syndrome de Münchhausen par procuration. Si vous soupçonnez un tel syndrome, vous vous trouvez face à l'une des situations les plus difficiles du point de vue médical: demandez tout de suite conseil au groupe de protection de l'enfant<sup>3</sup> d'un hôpital pédiatrique d'une certaine importance; il vous indiquera ce qu'il faut faire.

## Constats particuliers

### Lésions de la peau

#### Hématomes

Chez les enfants qui ont une grande activité motrice, les hématomes sont fréquents. Pour pouvoir déterminer s'il y a maltraitance ou non, il faut prendre en compte les points suivants:

<sup>3</sup> En Suisse, chaque hôpital pédiatrique d'une certaine importance a un groupe de protection de l'enfant.



*Illu. 1:* Hématome situé à un endroit où l'on se heurte souvent (enfant en bas âge apprenant à marcher: se heurte et tombe fréquemment)



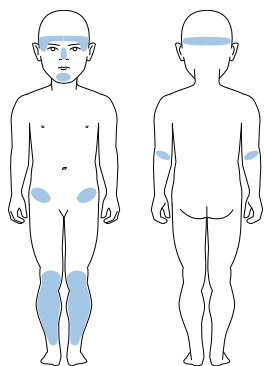
*Illu. 2:* Hématome situé à un endroit qui suscite un très fort soupçon de maltraitance (enfant en bas âge prétendument tombé sans qu'on le voie)

### » Âge et développement psychomoteur de l'enfant

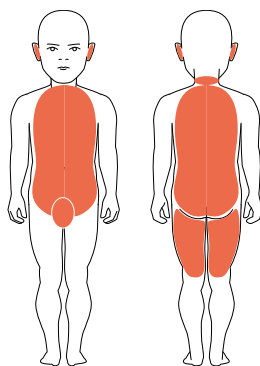
Pour provoquer un hématome, il faut qu'il y ait eu l'intervention d'une certaine force: un enfant doit tomber ou se heurter violemment pour qu'un hématome apparaisse sans intervention extérieure. Ceci n'est possible que si l'enfant a atteint un certain stade de développement psychomoteur: les nourrissons ne peuvent pas se faire d'hématomes sans intervention extérieure, les enfants alités dont la motricité est réduite non plus.

### » Localisation

Les hématomes **non suspects** quant à d'éventuels mauvais traitements se situent aux endroits caractéristiques où l'on se heurte: front, os malaire / os zygomatique, nez, menton, coude, crête iliaque, genou, tibia. (*Illu. 1 et 3*) Sont **suspects** en revanche les hématomes situés au cou, à la nuque, à la poitrine, au dos, au ventre, au derrière et aux parties intérieures des extrémités. (*Illu. 2 et 4*)



*Illu. 3:* Localisations typiques d'hématomes causés accidentellement



*Illu. 4:* Localisations typiques d'hématomes causés par des maltraitances





Illu. 5: Traces de coups laissées par un câble électrique



Illu. 6: Trace de gifle d'une grande violence

### » Âge de l'hématome

Tous les hématomes causés par le même épisode accidentel ont en règle générale la même couleur. Les hématomes dont la coloration diffère doivent être par conséquent provoqués par des traumatismes multiples non simultanés (comme on les voit fréquemment chez des enfants en bonne santé à partir d'un certain âge; les hématomes se situent alors aux endroits caractéristiques!). Attention: la détermination de l'ancienneté des hématomes sur la base de leur coloration a été fortement remise en cause dernièrement quant à sa fiabilité. Une seule chose reste vraie: la coloration en jaune signifie que l'hématome date de plus de 3 jours. Un autre point subsiste: un accident unique = tous les hématomes ont la même couleur.

### » Traces

Les traces que l'on peut attribuer à un objet ou à une partie du corps constituent pratiquement la preuve d'une maltraitance; exemples: boucle de ceinture, bâton (= double trace linéaire), fil métallique ou corde (= sorte de boucle), cintre, main / doigts, morsures, etc. (Illu. 5-7)

### » Troubles de la coagulation

Il est bien évident que l'appréciation des hématomes est très différente si l'on est en présence de troubles de la coagulation. Néanmoins, les enfants qui présentent des troubles de la coagulation peuvent eux aussi subir des mauvais traitements!



Illu. 7: Trace de morsure humaine



Illu. 8: Brûlure accidentelle provoquée par une boisson chaude que l'enfant a fait tomber de la table en tirant (tasse posée sur un set de table)



Illu. 9: Brûlure occasionnée par une maltraitance; les pieds ont été plongés dans de l'eau bouillante

#### » Autres diagnostics différentiels

- » Taches mongoliques (parfois sur tout le dos, les bras jusque sur le dos de la main)
- » Purpura de Schönlein-Henoch et autres vasculites
- » Syndrome d'Ehlers-Danlos
- » Lichen scléreux et atrophique / lichen sclerosus et atrophicus

» cf. le chapitre «Dermatologues», p. 35

## Blessures provoquées par des causes thermiques

### Brûlures occasionnées par un ébouillantage

La plupart des brûlures **accidentelles** occasionnées par un ébouillantage se produisent quand un enfant fait tomber de la table ou d'une étagère de la cuisine des boissons et des aliments très chauds. Pour que cela se produise, il faut que l'enfant ait atteint un certain stade de développement psychomoteur. Il en résulte des schémas de brûlures caractéristiques; les parties touchées sont la poitrine, le ventre, éventuellement les épaules et le menton. Le degré de gravité diminue en direction cranio-caudal. Des brûlures par ébouillantage se produisent aussi quand les parents / les personnes qui s'occupent de l'enfant portent le bébé dans les bras / sur les genoux tout en ayant une boisson chaude dans l'autre main. Les brûlures **dues à la maltraitance** sont en règle générale clairement délimitées et sont surtout localisées aux mains, aux pieds et dans les zones anogénitales. Ce sont des endroits où les enfants ne se brûlent pas sans l'intervention d'un tiers, sauf éventuellement aux mains et aux pieds, mais dans ce cas, selon une configuration tout à fait différente. (Illu. 8-9)

## Constats d'ordre physique

### Brûlures

Lorsque les enfants entrent en contact avec des objets brûlants ou du feu, c'est uniquement parce qu'ils ne repèrent pas le danger (plaque chaude de cuisinière, porte de four brûlante, etc.) ou parce qu'ils tombent ou trébuchent. Lorsque le contact avec des objets brûlants est **accidentel**, les lésions concernent généralement la paume de la main ou la plante du pied; en cas de chute, les brûlures sont souvent associées à d'autres blessures. Dans le cas de **traces** laissées par des objets brûlants (gril, fer à repasser, cigarettes, etc.), il faut toujours **souçonner qu'il y a eu maltraitance**.

### Diagnostiques différentiels

- » Staphylococcal Scalded Skin Syndrome
- » Epidermolysis bullosa / épidermolyse bulleuse
- » Pratique thérapeutique populaire d'Extrême-Orient (la peau est traitée à l'aide d'objets ou de cuillères très chauds pour combattre la fièvre: Cao Gio ou cupping)

## Fractures

La présence de fractures sur le squelette de l'enfant est un élément important pour le diagnostic de la maltraitance infantile, en particulier lorsque les fractures apparaissent à un très jeune âge ou que le mécanisme de l'accident tel qu'il est décrit ne concorde pas avec la fracture. Il convient de prendre en compte les facteurs suivants:

### Âge / psychomotricité de l'enfant

Pour des raisons biomécaniques, un enfant ne peut se faire une fracture par l'exercice de son activité que s'il marche de manière autonome, ce qui n'est guère le cas durant sa première année de vie. Les fractures qui apparaissent avant le 1er anniversaire sont donc de prime abord très suspectes et une analyse attentive des circonstances montre qu'une fracture sur deux survenue avant le 1er anniversaire est causée par une maltraitance. Selon certaines études, les fractures qui surviennent avant le 4<sup>ème</sup> anniversaire doivent être considérées comme très suspectes et chacune d'elles doit être examinée très attentivement quant à ses causes.



Illu. 10: Fracture métaphysaire «bucket handle fracture»

Illu. 11: Fracture métaphysaire «corner fracture»

### Fractures multiples / âge variable des fractures

Après un accident, on constate dans 80% des cas une seule fracture; les enfants maltraités présentent en moyenne 3 fractures. Les fractures dont le degré d'ancienneté varie sont un solide argument pour conclure à la présence d'une maltraitance (échelonnée dans le temps).

### Endroits privilégiés / type de fracture

Les fractures des côtes et des os longs tubulaires ainsi que les fractures métaphysaires et épiphysaires chez les enfants en bas âge sont suspectes au plus haut degré (corner fracture resp. bucket handle fracture). (Illu. 10-11)

Les opinions sont très contradictoires pour établir à partir de quelle hauteur une chute provoque des fractures du crâne chez les nourrissons (par ex. chute de la table à langer): en règle générale, on estime qu'à partir d'un mètre de hauteur, des fractures du crâne simples peuvent se produire; il s'agit de fractures dites linéaires qui ne chevauchent pas les sutures crâniennes. Il faut prendre en compte la consistance de la surface percutée et le fait que le crâne ait pu heurter un petit objet dur, ce qui peut entraîner des fractures par enfoncement, même si la chute s'est produite d'une faible hauteur. En tous les cas, une «chute de la table à langer» (hauteur de la table située entre 80 et 90 cm) n'occasionne guère de fracture du crâne.

### Diagnostic différentiel

Les fractures qui surviennent en raison d'une ostéopénie à l'occasion d'un choc très faible ou même spontanément sont régulièrement citées comme possibilité de diagnostic autre que la maltraitance.

## Constats d'ordre physique

Il faut également envisager les situations suivantes:

- » Osteogenesis imperfecta / ostéogenèse imparfaite
- » Ostéopénie en cas de naissance extrêmement prématurée (< 32 semaines de gestation); premiers mois de la vie
- » Ostéopénie en cas d'inactivité (enfants handicapés qui ne peuvent pas marcher)
- » Rachitisme

Il faut toutefois garder à l'esprit que ou bien toutes ces situations sont claires du point de vue de l'anamnèse et du diagnostic clinique (naissance prématurée, rachitisme, inactivité) ou bien qu'elles se présentent beaucoup plus rarement comme maltraitance infantile (ostéogenèse imparfaite).

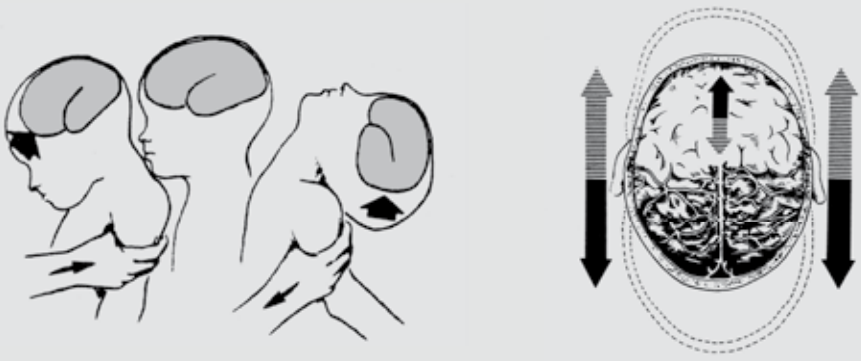
## Blessures internes

Les blessures internes occasionnent en règle générale des signes cliniques graves qui nécessitent une hospitalisation immédiate. C'est pourquoi nous nous contentons d'aborder ici quelques blessures plus légères ainsi que le «syndrome des bébés secoués»; dans ce cas précis, au cabinet médical l'accent doit être mis prioritairement sur la prévention (comment faire face à la situation quand un bébé pleure beaucoup).

### Syndrome des bébés secoués

Le fait de secouer, dans le sens sagittal, un petit enfant qui ne peut pas stabiliser sa tête occasionne des lésions intracrâniennes et intracérébrales graves sans que le crâne percute un objet dur quelconque (il n'y a donc ni signes d'impact ni fractures). Les blessures caractéristiques sont des hématomes sous-duraux, des «shearing injuries» dans le parenchyme cérébral (tous deux provoquent une pression intracrânienne accrue, ce qui est un facteur de préjudice supplémentaire) ainsi que des saignements de la rétine et / ou du corps vitré. (*Illu. 12*)

Sont concernés les nourrissons, les garçons davantage que les filles, la fréquence la plus grande se situant à 5 mois. Le facteur déclenchant est en règle générale les pleurs (fréquents) du nourrisson (raison pour laquelle les garçons sont plus souvent affectés). L'image clinique se compose de trois symptômes principaux:



Illu. 12: Mécanisme du syndrome des bébés secoués

état de conscience perturbé (de la somnolence au coma), troubles respiratoires (de la bradypnée à l'apnée) et convulsions. Le pronostic est extrêmement négatif: 20–25% des bébés meurent immédiatement après le traumatisme; quant à ceux qui survivent, ils se retrouvent presque sans exceptions handicapés à des degrés divers.

### **Blessures dans la cavité buccale**

Il arrive que l'on conduise chez le médecin des bébés qui présentent des saignements dans la cavité buccale. Ces derniers peuvent être provoqués par des méthodes violentes pour nourrir l'enfant ou par des coups sur la bouche.

» cf. le chapitre «*Dentistes*», p. 42

### **Intoxications**

Des états de conscience ou des constats neurologiques inhabituels doivent inciter à penser que l'on a administré à l'enfant des substances psychotropes ou des médicaments. La preuve se trouve dans l'urine et / ou le sang; il est préférable de prélever immédiatement l'un et l'autre si vous avez un soupçon. Congelé dans un premier temps, ce matériau peut être analysé par la suite ou jeté.

## Constats d'ordre physique

### Constats indiquant qu'une excision a été pratiquée

Le résultat de différentes formes de mutilation génitale féminine<sup>4</sup> (infibulation, excision, diverses formes d'incision) peut être décelé facilement lors de l'examen génital de la petite fille, par ex. l'absence de clitoris et / ou des petites lèvres ainsi que la suture des bords de la vulve. Les incisions moins marquées ou les «mini-formes» de l'excision (grattage du clitoris jusqu'à l'apparition d'une goutte de sang) ne sont généralement pas décelées lors d'un examen.

### Circoncision

Dans les milieux spécialisés eux-mêmes, la circoncision (des garçons) que l'on pratique généralement chez les nouveau-nés ou les nourrissons divise les esprits. Elle constitue en effet une intervention non indiquée du point de vue médical, d'autant plus que le sujet concerné ne peut pas donner son avis; de ce fait, elle se trouve en contradiction avec les conceptions actuelles de l'éthique biomédicale.

### Constats d'ordre physique après une exploitation sexuelle

La définition large de l'exploitation sexuelle qui, souvent, ne correspond pas à une pénétration vaginale ou anale (voir plus haut) a pour effet que les constats d'ordre physique sont extrêmement rares après des agressions sexuelles. Si certains signes peuvent être décelés, ils sont souvent si peu apparents que seul un spécialiste expérimenté peut faire la différence entre des signes non spécifiques ou certaines variantes de la norme; il s'agit de lui adresser les enfants concernés et de lui demander son avis – sans attendre, si l'on soupçonne que l'agression a été commise au cours des 72 dernières heures. Seuls peuvent être considérés comme des spécialistes expérimentés des pédiatres ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie ainsi que des gynécologues chargés d'examiner régulièrement des enfants dont on pense qu'ils pourraient avoir subi un abus sexuel.

---

<sup>4</sup> On distingue aujourd'hui les formes d'excision suivantes (mutilation génitale féminine MGF/ female genital mutilation FGM):

A (Type 1 «Sunna»): Ablation du capuchon clitoridien avec ou sans clitoris

B (Type 2 «Excision»): Ablation du clitoris et des petites lèvres

C (Type 3 «Infibulation»): Ablation du clitoris, des lèvres et des zones voisines puis suture du vagin pour ne laisser qu'un minuscule orifice

## Constats d'ordre physique | Signes de comportement particuliers

Lorsqu'il y a soupçon d'exploitation sexuelle, la transcription du témoignage de la patiente revêt une importance majeure. Il s'agit de relever les observations en respectant strictement «l'original» (c'est-à-dire mot à mot, sans rien changer, éventuellement en «argot») en indiquant la situation dans laquelle l'enfant s'exprime (pendant la consultation, au moment de sortir, dans la salle d'attente; quelles sont les personnes présentes et quel est leur comportement, etc.). Le médecin doit se limiter à transcrire ce que dit spontanément l'enfant; il ne faut en aucun cas «interroger» l'enfant sur d'éventuelles agressions sexuelles; cette tâche est réservée exclusivement aux autorités chargées de l'enquête (en vertu de la Loi sur l'aide aux victimes d'infractions). Il est connu que des «interrogatoires préalables» influencent négativement la façon dont les enfants s'expriment lorsqu'ils sont interrogés par les enquêteurs. En effectuant un tel interrogatoire, le médecin rend donc un mauvais service à la patiente.

» cf. le chapitre «Obstétriciens | Gynécologues | Néonatalogues», p. 38

## Signes de comportement particuliers

Après des mauvais traitements, les signes de comportement particuliers sont beaucoup plus fréquents chez les enfants que la présence de constats d'ordre physique. Ces signes comportementaux sont la conséquence des traumatismes subis et traduisent la manière dont l'enfant fait face à cette situation. De même que les enfants disposent de facteurs protecteurs extrêmement différents (capacité de résilience), les modifications de comportement peuvent elles aussi être très variables – même dans le cas de traumatismes comparables; elles dépendent aussi de l'âge de l'enfant ainsi que de la position et de la relation qui lie l'auteur à l'enfant.

Les signes comportementaux particuliers comme indice de maltraitance ne sont pour ainsi dire jamais spécifiques d'un type de traumatisme: il se peut donc que dans le contexte d'un divorce conflictuel qui représente un traumatisme psychique pour l'enfant, les symptômes qui apparaissent soient les mêmes qu'après une exploitation sexuelle chronique, après un harcèlement continu subi à l'école ou après la perte de l'un des parents pour cause de décès. Il faut donc se garder d'interpréter certains symptômes sans connaître précisément la biographie et le contexte général dans lequel vit l'enfant; les listes de symptômes doivent donc être utilisées et interprétées avec une extrême prudence!



**Signes de comportement particuliers | Dossier médical****Symptômes psychosomatiques possibles**

- » troubles du sommeil
- » troubles alimentaires (prise ou perte de poids)
- » douleurs chroniques telles que maux de ventre, mal de tête
- » énurésie

**Symptômes / réactions psychiques possibles**

- » réaction dépressive, repli sur soi, docilité extrême
- » absence de distance relationnelle, peur de tout contact physique
- » intérêt pour la sexualité ne correspondant pas à l'âge, masturbation excessive (éventuellement en public)
- » agressions sexuelles sur des enfants plus jeunes
- » comportement agressif
- » automutilation, abus de drogues
- » tendances suicidaires
- » fugues, mensonges, refus de l'effort, délinquance
- » régression pour adopter le comportement d'un stade de développement antérieur
- » baisse du rendement scolaire

**Effets psychiques possibles à long terme**

- » dysfonctionnement dans la capacité d'établir une relation
- » troubles du développement de la personnalité
- » arrêt du développement, troubles de croissance
- » troubles du langage, de la concentration et de l'attention
- » recours à la violence à l'âge adulte dans le rôle de parent

**Dossier médical**

---

**Documentation du suivi à long terme**

---

Au cours du suivi à long terme d'une patiente et de sa famille, il arrive régulièrement que le pédiatre soit surpris par certains propos et constats et fronce «intérieurement» les sourcils. Sur le moment, il y a la plupart du temps trop peu de raisons

pour articuler un soupçon; souvent aussi, le sentiment «que quelque chose cloche» n'apparaît qu'au moment où la famille est déjà partie. Ces constats, ces pensées et ces sentiments doivent être notés dans le dossier médical du patient, peut-être en utilisant une couleur différente ou en les accompagnant d'un symbole particulier: chacun a sa méthode. La plupart de ces notes ne seront plus jamais consultées et lues, car le soupçon ne surgira qu'une seule fois. Si le soupçon ressurgit, ces notes seront d'un très précieux secours et c'est uniquement grâce à elles qu'il sera possible d'apporter une lumière objective sur un événement complexe et de le comprendre.

## Documentation de la situation aiguë

### Déclarations de l'enfant

Tout particulièrement en cas d'exploitation sexuelle mais aussi lorsqu'on est en présence d'autres formes de mauvais traitements, les propos de l'enfant revêtent une importance essentielle. C'est pourquoi il faut transcrire immédiatement et fidèlement dans le dossier du patient ce qu'il dit **spontanément** à ce sujet, en utilisant les mots de l'enfant, sans rien y changer, et en indiquant à quel moment il a dit ceci ou cela (par ex. lors de l'examen de l'abdomen ou des parties génitales) et en présence de qui (mère, père, tierce personne). Les réponses **à une question donnée** peuvent également être utiles, mais dans ce cas, il faut noter précisément – en plus des circonstances mentionnées plus haut – quelle était la formulation de la question et qui l'a posée. L'enregistrement des propos de l'enfant (son ou vidéo) ne réussit généralement pas pour des raisons techniques car l'enfant ne dit plus rien au moment où l'installation fonctionne. De tels enregistrements ne peuvent pas être utilisés sur le plan juridique et il est même possible qu'ils interfèrent avec les interrogatoires formels qui seront effectués par la suite par les organes de la justice (cf. p. 31). Ils peuvent tout au plus servir de support pour se remémorer les choses.

### Constats

Transcrire dans le dossier médical les constats visibles n'a de sens que si les indications sont précises et révélatrices. Dans ce cas en effet, ce type d'information revêt une valeur inestimable car les signes apparents sur la muqueuse et sur la peau guérissent rapidement ou se modifient fortement en peu de temps. Les dessins ainsi que des descriptions détaillées dans le dossier du patient s'avèrent une excellente possibilité de documenter un événement. Comparativement à des

## Dossier médical | Manière de procéder

photos et à des enregistrements vidéo, ces techniques ont l'avantage suivant: les personnes qui accompagnent l'enfant et l'enfant lui-même ne remarquent pas l'attention particulière du médecin ou son soupçon. Selon les pratiques courantes du cabinet, les patients peuvent aussi être habitués à l'usage d'un appareil photo numérique et d'une caméra vidéo si bien qu'ils n'y voient rien de particulier. Les photos de type polaroid ne sont jamais satisfaisantes du point de vue qualitatif si bien que ce procédé n'est pas une option à prendre en compte.

## Manière de procéder

### Buts et principes de base de la protection de l'enfant

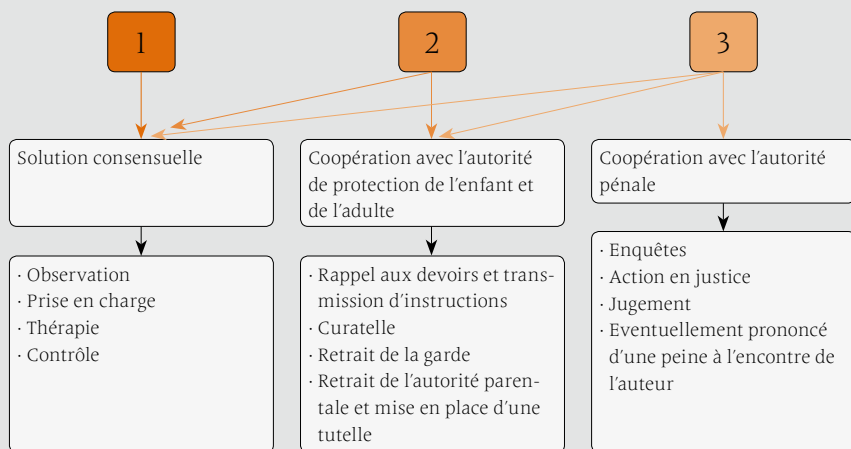
Tous les efforts déployés doivent avoir pour but d'écarter une mise en danger de l'enfant ou une atteinte à son bien-être ou d'y mettre fin. Les procédures qui conduisent à ce but sont diverses et nombreuses et il s'agit de les évaluer pour chaque cas. Les solutions standard ne sont jamais utiles et ne conduisent pas au but. En suivant le principe de base «**jamais seul/seule**», il convient de chercher avec des spécialistes expérimentés la meilleure solution en fonction du cas donné. Si la mise en danger revêt un caractère aigu, la **protection de l'enfant** immédiate est la première mesure à prendre.

### Que faire en cas de soupçon

Lorsque le soupçon surgit, quelque chose doit s'être déjà produit car nous avons tous tendance au premier abord à refouler ou à minimiser la perception d'un mauvais traitement envers un enfant. Le soupçon doit donc être pris au sérieux, il faut l'accepter et il faut agir.

**Agir** signifie,

- » rassembler la documentation antérieure et actuelle, faire le tour de la situation et essayer d'y voir clair,
- » prendre contact avec un groupe spécialisé qui a de l'expérience concernant la manière de procéder dans les cas de maltraitance infantile. Il existe des groupes de ce type dans l'ensemble de la Suisse. Il est possible de consulter



Illu. 13: Les différentes procédures à emprunter face à une maltraitance infantile

ces groupes sous le couvert de l’anonymat, sans indiquer le nom du patient, il n’y a donc pas (encore) lieu de s’interroger quant à une éventuelle violation du secret professionnel.

Définir **avec ce groupe spécialisé** la suite des démarches, en examinant notamment les questions suivantes:

- » est-il nécessaire de protéger l’enfant d’urgence (par ex. en l’hospitalisant)?
- » faut-il exprimer son soupçon face aux parents ou non?
- » faut-il faire intervenir les autorités (autorités de tutelle<sup>5</sup> ou autorités de poursuite pénale)? Attention: si une plainte pénale est de l’ordre du possible, même si la probabilité est infime, les auteurs / auteures présumés ne doivent pas en être informés! Les personnes pour lesquelles on n’a pas la garantie qu’elles garderont le silence face aux suspects ne doivent pas être informées non plus.
- » Transcrire la manière de procéder définie dans le dossier du patient ou sur des feuillets distincts.

### Suite des démarches

Le fait qu’un groupe expérimenté aide à prendre toutes les décisions et continue d’être prêt à aider en tout temps représente un grand soulagement. Il est impor-

<sup>5</sup> Dans un très proche avenir, cette autorité se nommera en Suisse «Autorité de protection de l’enfant et de l’adulte», cette nouvelle dénomination est donc utilisée dans ce guide (à part dans les citations).

## Manière de procéder

tant que la gestion du cas (case management) soit définie très clairement: est-ce que je continue de gérer moi-même le cas ou est-ce que je délègue cette fonction à une autre personne? A qui? Ai-je la certitude que la personne désignée pour administrer le cas agira comme je l'entends? Puis-je avoir confiance en elle? A-t-elle compris de quoi il s'agit? Est-elle sûre et fiable?

## Différentes procédures possibles

Il est décidé avec le groupe spécialisé dans laquelle des trois procédures possibles il s'agira de s'engager: (*Illu. 13*)

1. Solution consensuelle sans contact avec les autorités: soutien de la famille, offres de thérapie, contrôle. Ou: les parents peuvent être encouragés à s'annoncer eux-mêmes auprès de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte afin de demander de l'aide et du soutien.
2. Avis à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (avis de mise en danger)
3. Plainte pénale

Il faut également préciser qui fait quoi:

- » assurer la protection de l'enfant
- » s'il a été décidé de déposer un avis de mise en danger ou une plainte pénale: qui se charge de le faire<sup>6</sup>?
- » convoquer les parents et les confronter aux faits
- » éventuellement informer d'autres personnes

---

<sup>6</sup> Facteur à prendre en compte: si vous avez, en tant que pédiatre/médecin de famille, une bonne relation avec la famille qui devrait se poursuivre, il est important que vous restiez en dehors des démarches de protection de l'enfant – en tout cas dans la mesure où les parents peuvent le remarquer: cela signifie que vous ne rédigez aucune attestation, que vous ne signez aucun avis de mise en danger, etc. Les parents ont le droit de consulter ces pièces du dossier et y découvriront votre nom, le cas échéant. Mais s'il a été décidé d'aviser les autorités et que personne sauf vous ne s'en charge/ne veut s'en charger, les réflexions ci-dessus sont d'une importance secondaire: c'est le bien de l'enfant qui prime!

## Situation juridique en Suisse

### Maltraitance infantile et droit d'aviser / obligation d'aviser

Dans de nombreux cantons suisses, les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé ont le droit, mais non l'obligation, d'annoncer «aux autorités compétentes (autorité de protection de l'enfant et de l'adulte et/ou police) les observations qui indiquent que des crimes ou des délits contre l'intégrité physique et la vie, la santé publique ou l'intégrité sexuelle» pourraient avoir été commis. Un tel avis peut s'effectuer sans avoir été libéré du secret professionnel; il n'est donc pas nécessaire de demander pour cela l'autorisation du patient ou de l'autorité en charge de la santé. Cela signifie que les médecins ont la possibilité de décider eux-mêmes s'ils veulent faire intervenir les autorités ou non. Comme une telle décision constitue un palier essentiel pour le futur de l'enfant, il est recommandé de ne jamais la prendre seul mais de se faire conseiller par un groupe spécialisé. Dans certains cantons est en vigueur un devoir de signalement. Informez-vous auprès du médecin cantonal pour savoir ce que dit la loi dans votre canton. Dans tous les cantons suisses, il est obligatoire d'aviser quand la maltraitance a pour conséquence un décès (= décès dû à des circonstances exceptionnelles).

### La maltraitance infantile dans la jurisprudence

La notion de mauvais traitement ou de maltraitance infantile ne figure ni dans le Code civil ni dans le Code pénal. Dans le Code civil, c'est l'expression «mise en danger du bien de l'enfant» qui désigne le risque de maltraitance; dans le Code pénal, la maltraitance relève de différents types de délits tels que homicide, lésion corporelle, délit contre la vie, violation du devoir d'assistance et d'éducation, actes d'ordre sexuel avec des enfants, actes d'ordre sexuel avec des personnes dépendantes, actes portant atteinte à l'intégrité sexuelle, etc.

### Droit civil

Contrairement au droit pénal, le droit civil intervient déjà au moment où il existe «une possibilité sérieuse de préjudice pour le bien affectif, intellectuel, physique, psychique, social ou juridique de l'enfant». On parle alors d'une «mise en danger

## Situation juridique en Suisse

du bien de l'enfant». Il n'est pas obligatoire que quelque chose se soit «passé», il n'est pas nécessaire qu'il y ait délit. Préserver le bien de l'enfant est en principe la tâche des parents. «Si le bien de l'enfant est menacé et que les parents ne demandent pas spontanément de l'aide ou ne sont pas en mesure de le faire, il appartient à l'autorité de tutelle de prendre les mesures appropriées pour protéger l'enfant.» (texte de loi). L'intervention de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte a lieu à la demande de la police (par ex. lorsqu'elle constate la présence d'enfants dans un cas de violence domestique) ou lorsqu'une personne dépose un avis de mise en danger. N'importe qui a le droit de le faire: des proches, des enseignants, des voisins, etc. L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte examine alors le cas et a l'obligation d'auditionner les parents. Les démarches effectuées par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte pour clarifier la situation (ou les démarches qu'elle confie à un tiers) débouchent sur une suspension de la procédure (si la mise en danger s'avère inconsistante ou inexistante) ou sur l'instauration de certaines mesures qui peuvent aller d'une remontrance au retrait de l'autorité parentale. La mesure qui est le plus souvent ordonnée en Suisse est l'instauration d'une curatelle. Une mesure tutélaire doit être vérifiée à intervalles réguliers; elle doit être suspendue lorsqu'il n'y a plus de raisons de la maintenir. Les mesures tutélaire prises pour un enfant s'achèvent automatiquement, en vertu de la loi, au moment du 18<sup>ème</sup> anniversaire, si l'autorité compétente n'intervient pas.

## Droit pénal

Le soupçon solide qu'il y a eu délit est la condition pour qu'une procédure pénale soit engagée. Une plainte pénale, que tout un chacun peut faire, est transmise à la police qui effectue elle-même les premières enquêtes. Les résultats obtenus sont communiqués à l'autorité supérieure de poursuite pénale, à savoir au ministère public<sup>7</sup>. Cette autorité examine le soupçon et les résultats de l'enquête; elle effectue d'autres investigations. Quand elles sont achevées, elle suspend la procédure (en raison du caractère insignifiant des faits, du manque de preuves ou de la prescription) ou engage des poursuites. Si, le cas échéant, des mesures de protection de l'enfant sont nécessaires, le ministère public ou la police fait intervenir l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.

---

<sup>7</sup> Le nouveau Code de procédure pénale suisse, CPP, est entré en fonction le 1.1.2011.

## Deuxième partie

### Pédiatres et autres médecins qui suivent des enfants

---

Vous êtes les seuls professionnels à voir plus ou moins régulièrement les nourrissons et les enfants en bas âge avant qu'ils entrent dans un cadre institutionnel, donc avant leur admission dans une crèche ou, plus tard, à l'école enfantine. Presque tous les parents se présentent avec leurs enfants pour les examens de routine et les vaccinations, tandis que le service de puériculture est, dans l'ensemble, consulté moins souvent, même s'il est très bien fréquenté. De surcroît, vous voyez l'enfant et ses parents dans un cadre confidentiel, derrière des portes closes, plus longuement que les puéricultrices et vous avez en tout temps la possibilité d'examiner l'enfant entièrement dévêtu.

De ce fait, vous avez une grande responsabilité envers le groupe de patients des nourrissons et des enfants en bas âge; mais vous avez aussi un potentiel énorme, celui de détecter très tôt des dysfonctionnements familiaux qui, dans le pire des cas, pourraient conduire à des mauvais traitements.

Du point de vue professionnel, tout ce qui figure dans la première partie de cette brochure n'a rien de nouveau pour vous.

Il nous reste donc à dire ceci:

- » Mettez en pratique ce que vous savez concernant la maltraitance infantile! La maltraitance infantile est fréquente et le pronostic est positif si on intervient à temps, de manière appropriée.
- » Soyez attentive/attentif en particulier aux premiers indices qui pourraient révéler des troubles de l'attachement et des dysfonctionnements familiaux, autrement dit des mises en danger potentielles ou effectives du bien de l'enfant.
- » Assurez-vous que vous avez à proximité de votre cabinet un groupe spécialisé (groupe de protection de l'enfant). Etablissez avec ce groupe des contacts réguliers – à moins que ces contacts existent déjà.
- » S'il n'y a pas de groupe interdisciplinaire de protection de l'enfant à proximité, créez-en un!



**Psychiatres | Chirurgiens**

## Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent

---

La présence de ce bref chapitre dédié aux pédopsychiatres contredit en fait l'introduction de ce guide où il est écrit qu'il s'adresse aux médecins peu familiarisés avec le thème de la maltraitance infantile. Cela ne vous concerne bien évidemment pas: les thèmes de la maltraitance infantile et de la protection de l'enfant sont intégrés dans votre formation continue et représentent une partie significative de votre activité professionnelle.

Nous tenons cependant à vous citer dans ce guide et à vous inviter non seulement à mettre vos amples connaissances et compétences directement au service de vos clients et de leurs parents, mais aussi à en faire bénéficier d'autres médecins spécialistes et institutions afin de pouvoir travailler en réseau sur des cas concrets – bien entendu toujours en respectant l'obligation du secret professionnel.

## Chirurgiens pédiatres, chirurgiens

---

Personne ne connaît mieux que vous les mécanismes des accidents et les schémas de blessures qui en résultent. Portez donc une attention particulière aux principaux faits exposés dans le chapitre «Signes de comportement particuliers»:

**Suspects d'être occasionnées par une maltraitance**

- » Toutes les fractures qui surviennent avant le 1er anniversaire
- » Les fractures du fémur avant le 4<sup>ème</sup> anniversaire
- » Les fractures de côtes chez les nourrissons et les enfants en bas âge
- » Les fractures du crâne complexes associées à l'indication d'une hauteur de chute inférieure à 1 mètre
- » Les fractures métaphysaires
- » Les fractures multiples (alors qu'on indique un «seul» traumatisme)
- » Des fractures dont le degré d'ancienneté diffère (alors qu'on mentionne un seul traumatisme)
- » Hématomes sous-duraux, en particulier s'ils sont associés à des hémorragies de la rétine
- » Des brûlures dues à un ébouillantage aux mains, aux pieds et dans la zone anogénitale

**Si vous faites de tels constats**

- » Hospitalisez l'enfant dans une clinique expérimentée en matière de maltraitance infantile – même s'il est envisageable de gérer le cas en ambulatoire.

## Dermatologues

De très nombreux indices de maltraitance infantile sont visibles sur la peau; de ce fait, la réflexion au sujet du diagnostic différentiel vous concerne tout particulièrement.

**Lésions spécifiques et leur diagnostic différentiel**

Diagnostic dermatologique	DD maltraitance infantile
Tache mongolique	Hématome
Naevus de Ota	
Mastocytose	
Erythème noueux/Erythema nodosum	
Malformations vasculaires et tumeurs	
Purpura de Schönlein-Henoch	
Oedème hémorragique du nourrisson	
Dermatoses hémorragiques pigmentées	
Impétigo bulleux/Impetigo bullosa	Brûlure causée par ébouillantage
SSSS	
Epidermolyse bulleuse/Epidermolysis bullosa	
Réaction phyto-phototoxique	
Impétigo bulleux/Impetigo bullosa	Brûlures de cigarettes

## Dermatologues

Lichen scléreux et atrophique génital/ Lichen sclerosus et atrophicus	Exploitation sexuelle
Dermatite périanale streptococcique	
Condylomes acumminés anogénitaux/ Condylomata acumminata anogenital <sup>8</sup>	
Sclérodermie localisée, surtout en coup de sabre	cicatrices après maltraitance
Syndrome d'Ehlers-Danlos	
Vergetures rouges /Striae rubrae distensae	
Alopezia areata/pelade	arrachage de cheveux
Trichotillomanie	
Syndrome des cheveux anagènes caducs	
Loose anagen Syndrom	
Epidermolyse bulleuse/Epidermolysis bullosa	arrachage des ongles
Pyoderma gangraenosum	Blessures provoquées par un tiers

- <sup>8</sup> Manière de procéder possible en cas de condylomes acumminés dans la zone anogénitale:
- jusqu'au 3<sup>ème</sup> anniversaire, les Condylomata acumminata peuvent avoir été transmis au moment de la naissance (en cas d'accouchement vaginal); de ce fait, il n'est généralement pas nécessaire de procéder – en plus d'une anamnèse minutieuse et d'une anamnèse sociale – à des investigations dans le sens d'une exploitation sexuelle.
  - Les Papillomavirus peuvent être transmis dans la zone anogénitale par des verrues situées à d'autres endroits du corps de l'enfant ou encore par les personnes qui s'occupent de lui. Il s'agit donc d'examiner très attentivement l'enfant pour détecter s'il a des verrues de même que les personnes qui s'occupent de lui (en particulier celles qui lavent l'enfant ou changent ses couches).
  - si l'enfant lui-même n'a pas de verrues (ou n'en a pas eu récemment) et qu'il fait lui-même sa toilette, la présence de Condylomata acumminata laisse suspecter des agressions sexuelles. Il est indiqué de procéder à des investigations plus poussées dans ce sens. Demandez conseil à un groupe de protection de l'enfant.
  - la détermination du type de Papillomavirus ne permet pas d'éclaircir les choses: alors que l'on a cru longtemps qu'il existait des types «spécifiques transmis sexuellement», les publications spécialisées récentes n'on fournissent pas la confirmation.

## Dermatologues | Oto-rhino-laryngologues (ORL)

Si vous soupçonnez une maltraitance infantile: faites hospitaliser l'enfant dans une clinique pédiatrique expérimentée en matière de maltraitance infantile afin d'assurer la suite de la prise en charge du patient ou faites-vous conseiller par un groupe de protection de l'enfant.

### Négligence / Mal-Compliance

Souvent aussi, l'état de la peau des enfants indique qu'ils sont négligés quant à l'hygiène corporelle. Et plus souvent encore, vous voyez des enfants atteints d'une dermatite atopique qui, en raison des craintes de leurs parents face à la cortisone ou du manque de régularité des soins de la peau recommandés, souffrent de démangeaisons extrêmes, de troubles du sommeil, d'infections de la peau répétées ou même de troubles de croissance!

Tandis que le manque d'hygiène corporelle ne devrait pas être à lui seul une raison suffisante pour prendre des mesures de protection de l'enfant, le fait de négliger une thérapie dermatologique prescrite par le médecin remplit les éléments constitutifs d'une mise en danger du bien de l'enfant et, dans les cas graves, il y a lieu de se demander si l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte doit intervenir. Demandez conseil à un groupe de protection de l'enfant; vous ne devriez pas décider seul de franchir ce pas!

## Oto-rhino-laryngologues (ORL)

### Constats d'ordre physique

Les blessures de la région ORL sont occasionnées plus souvent qu'on le suppose par une maltraitance infantile, en particulier dans la cavité buccale: des lésions des muqueuses peuvent être causées par l'administration forcée de nourriture au moyen d'une cuillère; des brûlures peuvent apparaître si on a donné à l'enfant du lait ou des aliments beaucoup trop chauds.

## Lésions qui peuvent être également occasionnées par une maltraitance infantile

---

- » Lésions des muqueuses dans la cavité buccale/sur la langue
- » Brûlures occasionnées par des aliments trop chauds dans la cavité buccale/ sur les lèvres
- » Déchirure du frein de la lèvre supérieure et/ou du frein lingual
- » Hématome à l'oreille
- » Saignement de nez

## Demande d'opérations inutiles

---

Le spécialiste ORL est régulièrement confronté à des parents qui souhaitent faire opérer leurs enfants en indiquant des symptômes qu'il n'est pas possible d'attester ou d'importance très faible, cela parfois de manière répétée. Il est fréquent que ces parents changent aussi de médecin et de clinique. Pensez alors au syndrome de Münchhausen par procuration (cf. page 13)! La condition préalable à l'établissement de ce diagnostic est de rassembler sans exception tous les rapports de médecins et de cliniques qui sont déjà intervenus dans ce cas. Après la lecture de la montagne de rapports, il arrive alors que tout se clarifie d'un coup!

En cas de soupçon de ce type, faites appel à un groupe de protection de l'enfant: la manière de procéder et de gérer la situation dans un cas de syndrome de Münchhausen par procuration est l'une des choses les plus délicates dans le domaine de la protection de l'enfant et il ne faudrait jamais vouloir le gérer seul.

## Obstétriciens et obstétriciennes, gynécologues et néonatalogues

---

En qualité d'obstétricien ou d'obstétricienne, vous avez la responsabilité de deux patients: la femme et son enfant à naître. En qualité de néonatalogue, vous suivez après l'accouchement ce duo au sein duquel une relation et une dépendance très étroites lient les deux parties – alors qu'il existe deux individus.

**Obstétriciens | Gynécologues | Néonatalogues**

Les influences que la mère exerce sur son enfant sont multiples; dans la grande majorité des cas et des situations, elles sont positives, c'est-à-dire qu'elles contribuent à la bonne santé de l'enfant, à sa sécurité et à son bien-être. Il est rare qu'elles mettent l'enfant en danger ou lui portent préjudice. Mais de telles situations doivent alors être détectées à temps pour le bien de l'enfant et, en règle générale, dans l'intérêt de la mère qui exerce souvent son influence néfaste sans le savoir – et sans le vouloir.

**Facteurs de risque****Pour une maltraitance physique /la négligence de l'enfant**

- » abus de certaines substances durant la grossesse et la période de l'allaitement (alcool, nicotine, drogue, médicaments, etc.)
- » mauvaise nutrition de la mère durant la grossesse et la période de l'allaitement
- » traumatisme physique de la mère et, indirectement, de l'enfant, en raison de violence domestique

**Pour les mauvais traitements psychologiques/la négligence de l'enfant**

- » dépression post-partum
- » diagnostics psychiatriques qui restreignent la possibilité de la mère d'avoir des réactions appropriées envers son enfant (par ex. schizophrénie)

Nous tenons à souligner encore une fois que, en décelant à temps les facteurs de risque pour la santé et le bien de l'enfant, le but n'est pas de culpabiliser la mère. Cette dernière est elle-même souvent victime des circonstances ou souffre d'une maladie. L'intervention précoce des professionnels doit être comprise comme une aide apportée à un système instable dans le but d'éviter des conséquences graves pour l'enfant et les reproches que la mère se fait à elle-même.

Si la prise en charge d'une situation particulièrement difficile dépasse les possibilités que vous avez en tant que praticien, il est possible de faire appel déjà durant la grossesse aux services sociaux d'une maternité. Dans les cas graves, il est possible de mettre en place des mesures de protection de l'enfant déjà avant la naissance.

**Obstétriciens | Gynécologues | Néonatalogues****Constats d'ordre physique après exploitation sexuelle**

La définition large de l'exploitation sexuelle qui, souvent, ne correspond pas à une pénétration vaginale ou anale (cf. p. 12) a pour effet que les constats d'ordre physique après des agressions sexuelles sont extrêmement rares. Si certains signes peuvent être décelés, ils sont souvent si peu apparents que seul un spécialiste expérimenté est en mesure de les distinguer de signes non spécifiques ou de certaines variantes de la norme. Il y a lieu d'adresser les enfants à ces spécialistes en leur demandant leur avis – dans les plus brefs délais, si l'agression supposée remonte à moins de 72 heures. Seuls peuvent être considérés comme des spécialistes expérimentés les pédiatres ayant effectué une formation complémentaire en gynécologie ainsi que les gynécologues chargés d'examiner régulièrement des enfants dont on pense qu'ils pourraient avoir subi un abus sexuel.

Lorsqu'il y a un soupçon d'exploitation sexuelle, la transcription des propos de la patiente dans le dossier revêt une importance majeure. Il s'agit de relever le témoignage en respectant strictement «l'original» (c'est-à-dire mot à mot, sans rien changer) en indiquant la situation dans laquelle ces mots ont été prononcés (durant la consultation, au moment de sortir, dans la salle d'attente; quelles étaient les personnes présentes, quel était leur comportement, etc.). Le médecin doit s'en tenir à un compte rendu très précis; il ne faudrait en aucun cas «interroger» l'enfant sur d'éventuelles agressions sexuelles; en vertu de la loi sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI), cette tâche relève exclusivement de la compétence des autorités chargées d'enquêter. Il est connu par ailleurs que les «interrogatoires préalables» influencent le comportement des enfants lorsqu'ils sont interrogés par les enquêteurs. Le médecin rend donc un très mauvais service à la patiente en l'interrogeant.

**Condylomata accuminata dans la zone anogénitale**

Si vous constatez chez un enfant ou une adolescente non active sexuellement des Condylomata accuminata dans la zone anogénitale, il faut se demander quelle était la voie de transmission. Voici quelques éléments de réflexion à ce propos:

**Obstétriciens | Gynécologues | Néonatalogues**

- » jusqu'au 3<sup>ème</sup> anniversaire, les Condylomata accuminata peuvent avoir été transmis au moment de la naissance (en cas d'accouchement par voie vaginale); de ce fait, il n'est pas nécessaire en règle générale de procéder à des investigations particulières dans le sens de l'exploitation sexuelle; il faut néanmoins procéder à une anamnèse minutieuse et à une anamnèse sociale.
- » Les Papillomavirus peuvent être introduits dans la zone anogénitale par des verrues qui se trouvent chez l'enfant à d'autres endroits ou par les personnes qui s'occupent de l'enfant. Il convient donc d'examiner très attentivement l'enfant pour détecter la présence éventuelle de verrues, de même que les personnes qui s'occupent de lui (tout particulièrement celles qui lavent l'enfant ou changent ses couches).
- » si l'enfant lui-même n'a pas de verrues (ou n'en a pas eu récemment) et qu'il fait lui-même sa toilette, la présence de Condylomata accuminata incite à soupçonner des abus sexuels. Il est nécessaire de poursuivre les investigations dans ce sens. Faites appel à un groupe de protection de l'enfant.
- » la détermination du type de Papillomavirus ne permet pas d'éclaircir les choses: alors que l'on a cru longtemps qu'il existait des «types spécifiques transmis sexuellement», les publications spécialisées les plus récentes n'en fournissent pas la confirmation.

**Excision (mutilation génitale féminine/female genital mutilation)**

Dans votre activité professionnelle, vous constatez parfois qu'une femme est excisée. N'oubliez pas que les enfants de femmes excisées courent elles-mêmes le risque de subir une excision. En Suisse, la situation juridique est claire: l'excision est punissable en tant que lésion corporelle grave et les parents qui sont instigateurs de cet acte ou l'autorisent sont eux-mêmes punissables, même s'ils font exécuter la mutilation génitale féminine dans un pays étranger. La manière de procéder dans de telles situations est toutefois extrêmement délicate: adressez-vous à l'un des services spécialisés de notre pays, à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ou à un groupe de protection de l'enfant.



**Obstétriciens | Gynécologues | Néonatalogues | Dentistes****Constats si une mutilation génitale féminine a eu lieu**

Le résultat de certaines formes de mutilation génitale féminine<sup>9</sup> (infibulation, excision, certaines formes d'incision) peut être constaté facilement lors de l'examen génital de la petite fille, par ex. l'absence de clitoris et/ou des petites lèvres, de même que la suture des bords de la vulve. Les types d'incision moins marqués ou les «mini-formes» de mutilation génitale féminine (grattage du clitoris jusqu'à l'apparition d'une goutte de sang) passent généralement inaperçus lors d'un examen.

## Dentistes

---

En qualité de dentistes, vous pouvez observer des indices directs de maltraitance physique ainsi que des situations dans lesquelles l'état des dents laisse supposer une négligence.

**Symptômes de maltraitance infantile d'ordre physique**

- » Lésions des muqueuses de la bouche et de la langue
- » Déchirure du frein de la lèvre supérieure et/ou du frein lingual
- » Hématomes, brûlures causées par des aliments trop chauds, marques de morsures au visage
- » Dislocations et avulsions des dents

**Indices de négligence**

- » Caries très importantes
- » Consultations répétées en urgence pour cause de douleurs
- » Consultations manquées et annulées à de multiples reprises

---

<sup>9</sup> On distingue aujourd'hui les formes de mutilation génitale féminine (MGF) suivantes (female genital mutilation FGM):

- A (Type 1 «Sunna»): Ablation du capuchon clitoridien avec ou sans le clitoris
- B (Type 2 «Excision»): Ablation du clitoris et des petites lèvres
- C (Type 3 «Infibulation»): Ablation du clitoris, des lèvres et des zones voisines puis suture du vagin afin de ne laisser qu'un minuscule orifice

## Dentistes | Généralistes et autres médecins qui ne s'occupent pas d'enfants

Ces deux situations représentent une atteinte ou une mise en danger du bien de l'enfant et il convient d'évaluer si des mesures de protection de l'enfant sont nécessaires. Faites vous conseiller par un groupe de protection de l'enfant concernant la suite des démarches. Comme vous n'avez pas besoin de citer le nom du patient pour demander conseil, vous n'avez pas d'inquiétudes à avoir concernant le secret professionnel!

## Généralistes et autres médecins qui ne s'occupent pas d'enfants

Selon la structure d'âge et la situation de votre cabinet, un certain pourcentage de vos patients (hommes et femmes) ont des enfants mineurs. Soyez attentifs au fait que de nombreux diagnostics de vos patients adultes revêtent une extrême importance pour leurs enfants mineurs et constituent même des facteurs de risque pour la maltraitance infantile. Ceci est valable dans le cas de maladies psychiatriques et d'états «extrêmes», dans le cas de toxicomanies, de conflits de couple et en particulier de violence domestique dont on vous informe souvent. Dans de telles situations, prenez soin de toujours associer à vos réflexions les enfants de vos patients (cf. chapitres «Les facteurs de risque» et «Constats d'ordre physique»). Assurez-vous qu'un professionnel (pédiatre, autorité déjà impliquée, travailleuse sociale en milieu scolaire, etc.) veille à préserver le bien de l'enfant. Vous êtes vous-même la première personne de référence et de soutien de l'adulte et vous devez donc défendre ses intérêts; mais n'oubliez pas que les enfants ont leurs propres besoins et leurs propres droits et qu'ils ne doivent jamais être considérés comme un «facteur stabilisateur» ou un élément de la thérapie d'un parent malade.

Les parents qui souffrent des maladies citées plus haut et/ou qui se trouvent dans des relations conflictuelles ne sont généralement pas en mesure d'assurer le bien de l'enfant! Vos patients adultes vous sauront gré de vos questions et/ou de votre intervention à ce propos car ils souhaitent le meilleur pour leur enfant.

## Le rôle de l'assistante médicale

---

### Le rôle de l'assistante médicale

---

Souvent, les assistantes médicales font des observations et des constatations que nous, médecins, n'avons jamais la possibilité de voir et d'entendre: le comportement des parents et des patients dans la salle d'attente ou lors de situations stressantes comme les prises de sang et les vaccinations. Elles entendent des conversations téléphoniques que les parents ou les jeunes patients ont dans la salle d'attente, observent la façon dont les parents se comportent avec leurs enfants ou d'autres personnes qui les accompagnent, etc. Il n'est pas rare que les parents posent aux assistantes médicales des questions directes qu'ils n'osent pas nous poser à nous, médecins, par exemple en ce qui concerne le «comportement normal» des enfants, les possibilités de se décharger, les baby-sitters, etc. Leurs observations peuvent donc être infiniment précieuses pour évaluer des situations à risque; elles peuvent aussi compléter nos propres constats médicaux, respectivement confirmer nos impressions ou les relativiser.

C'est pourquoi nous vous recommandons de donner cette brochure à lire à vos assistantes médicales; encouragez-les aussi, le cas échéant, à discuter avec vous de ce qu'elles observent.

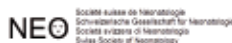
## Informations complémentaires

## Informations complémentaires

- » **ISPCAN – International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect**  
Organisation mondiale pour la prévention des mauvais traitements et la protection de l'enfant  
[ispcan.org](http://ispcan.org)
- » **The Child Abuse Prevention Network**  
Plate-forme Internet internationale destinée aux professionnels qui travaillent dans le domaine des mauvais traitements envers les enfants et de la protection de l'enfant  
[child-abuse.com](http://child-abuse.com)
- » **APSAC – American Professional Society on the Abuse of Children**  
Organisation de protection de l'enfant interdisciplinaire américaine  
[apsac.org](http://apsac.org)
- » **BAPCAN – British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect**  
Organisation de protection de l'enfant interdisciplinaire britannique  
[bapcan.org.uk](http://bapcan.org.uk)
- » **DGgKV – Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung**  
Société interdisciplinaire allemande pour tous les professionnels qui s'occupent de mauvais traitements physiques et psychologiques, d'abus sexuels et de négligence d'enfants; organisation nationale partenaire d'ISPCAN  
[dggkv.de](http://dggkv.de)
- » **Deutscher Kinderschutzbund**  
[kinderschutzbund.de](http://kinderschutzbund.de)
- » **NDACAN – National data archive on child abuse and neglect**  
Archives réunissant des données pour la recherche et la science.(en anglais)  
[ndacan.cornell.edu](http://ndacan.cornell.edu)
- » **Groupe de travail pour la protection de l'enfant de la Société suisse de pédiatrie**  
Organe national de coordination des groupes de la protection de l'enfant des cliniques/services pédiatriques  
[swiss-paediatrics.org/de/gruppen/weitere](http://swiss-paediatrics.org/de/gruppen/weitere)
- » **Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant**  
La Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant s'investit activement pour protéger la dignité de l'enfant, préserver son intégrité physique, mentale, psychique et sexuelle et encourager l'épanouissement de ses potentialités  
[protection-enfants.ch](http://protection-enfants.ch)
- » **Fondation Enfants et Violence**  
Fondation suisse qui soutient des projets de prévention et d'intervention dans le domaine de la protection de l'enfant  
[kinderundgewalt.ch](http://kinderundgewalt.ch)
- » **Aide aux victimes en Suisse**  
Répertoire des centres d'aide et de consultation LAVI en Suisse  
[opferhilfe-schweiz.ch](http://opferhilfe-schweiz.ch)
- » **Elternnotruf**  
Permanence téléphonique pour les parents  
[elternnotruf.ch](http://elternnotruf.ch)
- » **UNICEF Schweiz**  
Comité suisse du Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
[unicef.ch](http://unicef.ch)
- » **KOBİK /SCOCI**  
Service de coordination de la lutte contre la criminalité sur Internet; service auquel les personnes qui ont repéré des contenus suspects sur Internet peuvent s'adresser  
[kobik.ch](http://kobik.ch)
- » **The National Center on Shaken Baby Syndrome**  
Ressources, informations, programmes de prévention et documents concernant le syndrome du bébé secoué  
[dontshake.com](http://dontshake.com)
- » **The Shaken Baby Alliance**  
Sources et aides concernant la question du syndrome du bébé secoué  
[shakenbaby.org](http://shakenbaby.org)
- » **ECPAT Switzerland**  
Organisme actif dans la lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales  
[ecpat.ch](http://ecpat.ch)

## Recommandations

- » **Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique ASP**  
[www.kinderzahn.ch](http://www.kinderzahn.ch)
- » **Association Suisse des Assistantes et Aides Médicales ASA**  
[www.sva.ch](http://www.sva.ch)
- » **Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive fmCh**  
[www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)
- » **Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse**  
[www.hausaerzteschweiz.ch](http://www.hausaerzteschweiz.ch)
- » **Fédération des médecins suisses FMH**  
[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)
- » **Foederatio Paedo medicorum herlveticorum fPmh**  
[www.fpmh.ch](http://www.fpmh.ch)
- » **Forum Pédiatrie Ambulatoire FPP**  
[www.praxispaediatrie.ch](http://www.praxispaediatrie.ch)
- » **Société de Médecine Générale SSMG**  
[www.sgam.ch](http://www.sgam.ch)
- » **Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique SSCP**  
[www.swiss-pediatricsurgery.org](http://www.swiss-pediatricsurgery.org)
- » **Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie SSDV**  
[www.derma.ch](http://www.derma.ch)
- » **Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique SSGO**  
[www.sggg.ch](http://www.sggg.ch)
- » **Société Suisse de Néonatalogie NeoIPS**  
[www.neonet.ch](http://www.neonet.ch)
- » **Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale ORL**  
[www.orl-hno.ch](http://www.orl-hno.ch)
- » **Société Suisse de Pédiatrie SSP**  
[www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org)
- » **Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie SSPP**  
[www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch)
- » **Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfant et d'Adolescent SSPPEA**  
[www.sgkjpp.ch](http://www.sgkjpp.ch)



Les enfants qui se trouvent en danger en raison du manque de soins de leurs parents, du recours à la violence physique, psychologique ou sexuelle ou de méthodes d'éducation inappropriées sont souvent repérés à un stade précoce par des professionnels d'horizons divers. Ces professionnels jouent un rôle clé quant au développement ultérieur de ces enfants, car c'est leur manière de réagir à la mise en danger présumée ou réelle du bien de l'enfant qui va décider, dans de nombreux cas, si l'enfant recevra la protection nécessaire et/ou les parents l'aide dont ils ont besoin pour écarter le danger qui menace.

Ce guide s'adresse aux médecins spécialisés dans différents domaines. Il décrit les différentes formes de maltraitance infantile et constitue un outil pratique qui permet de déceler les mauvais traitements et de prendre les mesures nécessaires pour protéger l'enfant concerné. Cette brochure ne vise pas seulement à aider les médecins à dépister les cas de maltraitance lorsqu'elle a eu lieu; elle devrait les aider aussi à évaluer les situations suspectes ou à risque et à agir de manière adéquate.

Le docteur Ulrich Lips, spécialiste reconnu, chargé de cours, responsable du groupe de protection de l'enfant et du service de consultation pour les victimes des cliniques pédiatriques de Zurich, s'est chargé, à la demande de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant, de l'élaboration et de la rédaction de ce guide consacré au dépistage précoce, par les médecins, de la violence envers les enfants en bas âge.