

La prise en charge médicale de l'enfant maltraité en salle d'urgence

C. VAN HELLEPUTTE

Les enfants maltraités sont nombreux : 20 000 cas diagnostiqués en 2005 en France (statistiques ODAS). La salle d'urgence est dans nos civilisations le point de chute de la plupart des situations de crise.

C'est pourquoi, la plupart des enfants maltraités, seront à un moment ou l'autre de leur trajet passés dans une salle d'urgence : peu d'entre eux, cependant, sont détectés et a fortiori pris en charge, lors de ce passage.

Les obstacles à cette prise en charge sont : la méconnaissance des signes de maltraitance ou son déni, une prise en charge dans un cadre ponctuel où les soignants ignorent les antécédents et le contexte de vie de l'enfant (intérêt d'un dossier informatisé), la surcharge de travail des équipes qui n'ont pas le temps de faire plus que de traiter le problème urgent.

Le présent article reprendra : un relevé des facteurs de risques de maltraitance, une sensibilisation aux différentes situations de maltraitance (« on ne voit que ce que l'on a appris à reconnaître ! »), des pistes de prise en charge de situations avérées ou suspectes de maltraitance.

Liste non exhaustive des facteurs de risque de maltraitance :

– Chez les parents, on peut retrouver : violence ou tensions familiales, toxicomanie, passé judiciaire, affections psychiatriques, isolement social, mineurs d'âge, immaturité, difficultés socio-économiques, débilité mentale, passé de maltraitance.

Correspondance : C. Van Helleputte, CHU Tivoli LA Louvière. Adresse personnelle : Drève du Petit château, 32 7070 Le Roeulx, Belgique. E-mail : mvanhelleputte@hotmail.com ; 00 32 64 66 45 80

– Chez les enfants, on peut reconnaître : antécédents de grande prématurité, séparation maternelle à la naissance, syndrome fœto-alcoolique ou de sevrage, hospitalisations multiples, handicap mental ou physique, maladie chronique, retard de langage ou scolaire, hyperkinésie, troubles du sommeil ou de l'alimentation, énurésie, encoprésie.

1. Types de maltraitance rencontrés

Les cinq grandes classes concernent : la maltraitance physique, les sévices psychologiques, les abus sexuels, le syndrome de Münchhausen par procuration, les négligences graves.

Il faut noter que ces différents types de mauvais traitements sont souvent mixtes.

1.1. La maltraitance physique

Les signes peuvent être des contusions avec hématomes multiples, d'âge différents, de localisation particulière (face, lombes, fesses, face postérieure des jambes).

La moindre contusion sur le corps d'un jeune nourrisson est hautement suspecte !

Il faut penser aux troubles de la coagulation ! Ne pas confondre non plus hématome avec tâche mongole et les tâches de cao-giao asiatique.

Lorsque des plaies sont présentes : polymorphes, elles permettent parfois de déterminer l'agent causal : fouet, morsures, griffes, contention... et de confronter à l'anamnèse.

Lorsqu'il s'agit de brûlures : (10 % des cas), elles peuvent présenter une forme particulière (cigarettes) ; dans les brûlures intentionnelles, la profondeur est plus uniforme et les limites entre peau saine et brûlée plus nette.

Les lésions endo-buccales font suite à une alimentation forcée (biberon, cuillère) et sont à rechercher systématiquement chez un enfant présenté comme anorexique.

L'alopecie secondaire à des arrachements brutaux et répétés des cheveux provoque des plaques pseudo peladiques ou des zones de raréfaction capillaire.

Les lésions viscérales sont rares (1 à 2 % des cas) mais représentent la seconde cause de décès chez l'enfant maltraité.

Dans les traumatismes intentionnels, les organes fixes de la partie médiane et supérieure de l'abdomen (duodénum, pancréas, iléon, mésentère...) sont atteints, contrairement aux traumatismes accidentels (foie et rate).

L'écho et le CT.Scan doivent être largement utilisés quand des plaintes abdominales sont accompagnées d'un soupçon de maltraitance.

Dans les contusions thoraciques avec éventuellement fractures de côtes, il y a possibilité de pneumo ou hémithorax.

Dans les lésions oculaires, les hémorragies rétiniennes peuvent être associées à des hématomes sous-duraux ou à toute situation de compression thoracique, abdominale ou strangulation : elle se rencontre dans 65 à 95 % des cas d'enfants secoués. Il faut pourtant savoir que quarante pour cent de nouveaux normaux vont présenter des hémorragies rétiniennes qui disparaissent en 3 à 4 semaines.

Dans les lésions otologiques, une rupture du tympan doit être recherchée systématiquement dans tout traumatisme de la face.

Les traumatismes crâniens représentent, eux, la première cause de décès. Les lésions intracrâniennes peuvent exister sans contusion visible et sans fracture du crâne !

Les hématomes sous-duraux se rencontrent essentiellement chez l'enfant de moins de 2 ans. Ils peuvent se révéler de façon brutale par une altération de la conscience ou des convulsions... Y penser en cas de convulsions non fébriles.

Le scanner sans injection peut mettre en évidence les zones hémorragiques mais les lésions peuvent n'apparaître que quelques jours après le traumatisme.

S'il existe une dissociation entre la sévérité de la symptomatologie et la discrétion des lésions au scanner, il faut demander une RMN qui montrera par exemple des lésions axonales par déchirure, qui permettra de dater les lésions et de donner un pronostic (2).

Le syndrome de l'enfant secoué est défini par la survenue chez un enfant de moins de 1 an de contusions cérébrales, d'hémorragies sous-durales ou sous-ara-noïdiennes secondaires à des mouvements de translation et de rotation brutale imposés à la tête du nourrisson, sans choc crânien direct. Les convulsions sont présentes dans 40 à 70 % des cas. Il doit être exclu pour tout malaise grave non expliqué du nourrisson (2).

Dans le cas de fractures : sont hautement suspectes les fractures multiples et d'âges différents ainsi que les fractures négligées avec cal. Certaines localisations sont plus suspectes que d'autres (Tableau 1) (3).

Une radio de squelette complet doit être demandée chez tout enfant de moins de deux ans suspect de sévices ; après 2 ans, la demande peut être ciblée par la clinique.

Une scintigraphie du squelette permettra la détection de lésions minimales ou récentes notamment au niveau des côtes, du rachis, du pelvis et des omoplates.

Mandelson, dans une étude portant sur 30 enfants (4), a montré que six avaient une radio normale avec une scintigraphie positive et trois avaient des lésions radiologiques et une scintigraphie normale. Les deux techniques sont donc complémentaires.

Tableau 1

Localisations hautement suspectes	Métaphyse Sternum ou arc postérieur de côte Acromion avec arrachement de l'extrémité de la clavicule Apophyses épineuses et transverses Embarrure occipitale
Localisations suspectes	Fractures (F) multiples et bilatérales Spiroïde de l'humérus, doigts Fractures avec décollement épiphysaire Corps vertébraux F. complexe du crâne de plus de 5 mm avec embarrure en dehors de la région pariétale.
Localisations peu évocatrices de sévices	F. médiane de la clavicule F. unique des os longs chez un enfant ayant acquis la marche F. du crâne linéaire

1.1.1. Attitude devant un enfant suspect de sévices physiques

Le bilan médical comprend un examen clinique complet et un inventaire précis et écrit des lésions (aspect médico-légal) : éventuellement des photos, un labo avec coagulation, EHC et, selon la clinique, des pré-ops, une radio de squelette, une scintigraphie osseuse, un fond d'œil.

Selon la clinique, on peut être amené à rajouter : Scanner cérébral (et éventuellement RMN), écho et/ou scanner abdominal.

Les soins des lésions doivent comprendre une antalgie : ne soyons pas maltraitants à notre tour ! Les enfants maltraités expriment parfois peu leur souffrance mais ils souffrent pourtant !

1.1.2. La protection de l'enfant

Le diagnostic de maltraitance est rarement évident ; il repose sur l'aspect des lésions, le retard du recours aux soins, l'attitude de l'enfant, les explications et l'attitude des parents, les antécédents... C'est un processus complexe qui ne peut être mené dans le cadre des urgences.

L'évaluation du danger encouru par l'enfant guide l'attitude... Le rôle du médecin est de protéger l'enfant et non de faire la preuve des mauvais traitements !

– Si *l'enfant est en danger vital* de par ses lésions ou quand celles-ci requièrent des soins particuliers (une fracture par exemple) : l'hospitalisation est proposée et en cas de refus, est imposée.

– Si l'enfant n'est pas en danger vital de par ses lésions mais *la maltraitance est certaine* (antécédents, dires de l'enfant ou de la famille, aveux des parents, lésions caractéristiques) ou *la situation actuelle met l'enfant en danger* (parents

ivres ou drogués, situation familiale violente à la garde), le médecin fait part de ses soupçons aux parents et exige l'hospitalisation.

– *Si le médecin n'a que des éléments de présomption de mauvais traitements* : la clinique permet une hospitalisation et celle-ci est acceptée (bilan coagulation si hématomes multiples par exemple)... L'enfant est hospitalisé et pourra être évalué en salle.

Si la clinique ne permet pas de proposer une hospitalisation ou que les parents refusent, le médecin de garde note les coordonnées des parents en vérifiant leur actualité : adresse, médecin traitant, consultation ONE... et prévient au plus tôt le service social.

1.1.3. Le support psychologique à l'enfant

L'enfant victime de maltraitance souffre physiquement mais aussi moralement. Souvent, il se croit responsable des sévices : « c'est parce que je suis méchant ».

Il est indispensable de donner un sens, d'expliquer ce que l'on va faire et de le déculpabiliser : « même si un enfant est méchant, ses parents n'ont pas le droit de le frapper »... mais il faut également tenir compte de la loyauté de l'enfant envers ses parents en évitant de l'interroger s'il ne s'exprime pas spontanément sur les lésions, en évitant de dénigrer ses parents en sa présence, en évitant de l'exposer à la colère de ses parents s'il a émis des plaintes.

1.2. Les sévices psychologiques

Il s'agit de l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration émotionnelle : humiliations, menaces verbales répétées, dévalorisation systématique, exigences excessives, punitions démesurées, consignes éducatives contradictoires ou impossibles à respecter (5).

Ces sévices très graves pour le devenir de l'enfant ne s'exprimeront pas en salle d'urgence sauf lorsque l'enfant décompense : dépression, agressivité, troubles du comportement, tentative de suicide... ou plaintes fonctionnelles (maux de ventre).

Dans ce cas, si l'attitude des parents semble nocive, il ne faut pas hésiter à hospitaliser pour permettre une évaluation. Si celle-ci est refusée, il faut prévenir le service social et essayer de donner un rendez-vous chez le pédiatre ou mieux, chez le pédopsychiatre, tout en prévenant celui-ci du contexte perçu.

1.3. Les sévices sexuels

Ils incluent toutes les formes d'attouchement, de pénétration sexuelle (orale, vaginale, anale) mais aussi des actes ne comportant pas de contact physiques : voyeurisme, exhibitionnisme, photos pornos...

Au niveau des urgences, deux situations peuvent se présenter :

– *L'enfant est présenté avec une plainte claire d'abus sexuel* : il s'agit en urgence le plus souvent d'une demande de « constat ».

La demande peut être motivée de façons très diverses : confidences de l'enfant à un adulte, allégations – parfois fausses – dans le cadre de couples séparés, craintes excessives de parents suite à la médiatisation du problème. Si il y a suspicion de pénétration dans les 72 dernières heures, l'enfant doit être examiné et un frottis à la recherche de sperme exécuté (frottis simple examiné de suite sur lame).

Dans le cas d'une allégation de rapport sexuel, il faut faire une recherche de MST et pour les filles pubères un test de grossesse.

L'examen du périnée doit être fait dans de bonnes conditions (endroit calme et discret, avertir l'enfant que suite aux inquiétudes avancées, on va regarder si il n'est pas blessé, expliquer le frottis, à l'issue de l'examen le rassurer sur son intégrité physique...). Si l'enfant est jeune ou réticent, il faut pratiquer l'examen sous MEOPA... et ne jamais contraindre l'enfant à l'examen : il est inutile de l'abuser une fois de plus.

Dans tous les autres cas, il faut expliquer aux parents que l'examen doit être fait par quelqu'un qui en a l'habitude, qu'il n'y a pas urgence et que l'examen physique n'apporte une preuve que dans moins de 10 % des cas (6). Il doit donc être complété par une évaluation psychologique... Cette prise en charge par une structure spécialisée est impérative car, même en cas de fausse allégation, il y a souffrance psychique grave pour l'enfant.

Tout enfant se présentant pour abus sexuel doit être hospitalisé s'il risque d'être en contact avec l'abuseur au domicile !

– *L'enfant consulte pour un problème somatique et des éléments de l'anamnèse semblent suspects* : troubles du comportement, attitudes hypersexualisées, tentatives d'abus sur d'autres enfants, refus d'enlever ses sous vêtements... Ces attitudes méritent de donner un rendez-vous chez le pédiatre en communiquant ses craintes et de prévenir éventuellement le service social.

1.4. Le syndrome de Münchhausen par procuration

Le diagnostic repose sur 4 critères : maladie alléguée ou provoquée chez un enfant par un parent ou un proche, présentation de l'enfant pour une affection – soit disant récurrente – avec demande d'actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques, déni de la cause des symptômes par le parent responsable, amendement des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

Les symptômes allégués sont les convulsion (42 % des cas), les saignements (40 %), la somnolence ou les malaises (19 %), les apnées (15 %), des diarrhées (15 %), les vomissements (10 %) (7).

Des anomalies biologiques peuvent être induites : injections d'insuline, apport de sel, adjonction de sang maternel aux urines ou aux selles. On estime que faire le diagnostic de ce syndrome met en moyenne 6 mois !

C'est dire qu'il ne pourra être posé aux urgences ; cependant il peut être favorisé si l'urgentiste est sensibilisé à ce syndrome avec la triade : plaintes d'une affection de longue durée, examen négatif, mère évoquant clairement des pathologies complexes, réclamant des examens invasifs et faisant souvent partie des professions de santé et qu'il consigne dans sa note ses doutes.

Le médecin ne doit en aucune façon se conformer à la demande des parents en terme d'examens ou de traitements. Par contre accéder à leur demande d'hospitalisation peut permettre dans un contexte trouble de mettre l'enfant à l'abri et de poser éventuellement un diagnostic.

1.5. Les négligences graves

Les carences graves sur le plan des soins peuvent se rencontrer en salle d'urgence et nécessiteront hospitalisation ou contact avec les services sociaux.

Peuvent être considérés comme négligence grave un refus de soins ou d'hospitalisation d'un enfant que nous estimons en danger vital, quelle que soit la raison évoquée en ce y compris les motivations philosophiques ; il y a lieu dans ce cas de recourir aux autorités judiciaires.

Ne pas intervenir lors d'un refus de soins à un enfant en danger correspond à une « non assistance à personne en danger » !

Avant de conclure, il est peut-être utile de souligner que les institutions et le personnel soignant peuvent aussi être maltraitants !

Ne pas être maltraitant dans une salle d'urgence, c'est :

- Se soucier de la douleur chez l'enfant : l'antalgie, l'EMLA, le MEOPA existent ! Ignorer la douleur d'un enfant, c'est le maltraiter (8).
- Prendre en compte la grande sensibilité des enfants aux propos des adultes : émettre des critiques en leur présence sur leurs conditions de vie, sur leurs parents, quelles qu'ils soient, c'est une forme de maltraitance ;
- Entendre la souffrance des enfants, quelle que soit la forme avec laquelle elle s'exprime. Un enfant est qualifié de « difficile », une adolescente fait une petite TS : les traiter par le déni, les sermonner sans rien connaître à leurs problèmes, cela tient des sévices psychologiques.
- Considérer un enfant comme un objet en parlant de lui avec les adultes sans lui expliquer les problèmes dans des termes qu'il peut comprendre, c'est aussi une forme de maltraitance.

2. En conclusion

La salle d'urgence est, qu'elle le veuille ou non, la caisse de résonance des situations de crise de notre société. Les soignants ont le choix : soigner le problème ponctuel ou essayer d'élargir un peu leur angle de vue, en terme de prévention.

Si, dans les conditions habituelles de surcharge de travail, il s'agit là d'une démarche impossible ; une sensibilisation à la problématique des enfants maltraités et quelques réflexes de prise en charge permettront aux soignants de ne pas laisser passer la chance d'un enfant maltraité à être reconnu et aidé.

Références bibliographiques

1. Chabrol B, Decarie JC, Fortin G. The role of cranial MRI in identifying patients suffering from child abuse and presenting with unexplained neurological findings. *Child Abuse and Neglect* 1999 ; 23 : 217-28.
2. Duhaine AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Non accidental head injury in infants. The "shaken baby syndrome" *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 1822-9.
3. Kalifa G, Cohen PA. Imagerie de la maltraitance. *Mt Pediatr* 1998 ; 1 : 89-96.
4. Mandelson SA. Étude sur 30 enfants maltraités et atteints de fractures. *Dis Child* 2003 ; 88 : 387-90.
5. Hart NH, Brassard MR. A major threat to children's mental health. Psychological maltreatment. *Am Psychol* 1987 ; 42 : 160-5.
6. De Jong AR. Impact of child sexual abuse medical examinations on the dependency and criminal systems. *Child Abuse and Neglect* 1988 ; 22 : 645-52.
7. Rey C, Bader-Meunier C, Epelbaum C. Maltraitance à enfants et adolescents, in Courty, Éds Dion 2001 ; 62-70.
8. Annequin D. Analgésie encore trop de disparités. *Impact médecine*, 2000/10/20, suppl au n° 507, 25-6.