



RECOMMANDATIONS DE BASE

Suspicion de maltraitance physique d'un enfant

La maltraitance physique d'un enfant comprend tout acte de la part de quelqu'un qui s'occupe d'un enfant qui cause, ou qui comporte un risque significatif de causer, du mal physique à l'enfant. **Les nourrissons et les tout-petits sont les plus à risque de mortalité due à la maltraitance**¹. De nombreux enfants décédés de maltraitance avaient déjà été évalués précédemment pour des blessures mineures (ex. ecchymoses) qui n'avaient pas été reconnues pour de la maltraitance. Les professionnels de la santé sont tenus de signaler toute suspicion de maltraitance à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

QUAND SOUPÇONNER LA MALTRAITANCE PHYSIQUE

- » Dans un cas de maltraitance, les raisons invoquées pour la situation sont souvent mal décrites, pas partagées, ou pas connues des personnes qui s'occupent de l'enfant. On soupçonne la maltraitance en présence de certains signaux d'alerte dans l'anamnèse (voir ci-dessous).
- » Même si aucune blessure particulière n'est pathognomonique de la maltraitance, certaines blessures ou combinaisons de blessures doivent toujours soulever des soupçons.
- » En plus des blessures ci-dessous, on soupçonne la maltraitance en présence d'hémorragies sous-conjonctivales inexplicables, de saignement nasal ou buccal, et/ou de blessures du frein de la lèvre ou de la langue, surtout chez le nourrisson.
- » On ne retrouve que rarement des lésions abdominales, thoraciques, et de la colonne vertébrale dans le contexte de la maltraitance, quoiqu'elles peuvent être présentes.

SIGNAUX D'ALERTE DANS L'ANAMNÈSE

- » Situation inexplicée, vague, ou changeante.
- » Blessures qui ne concordent pas avec la situation décrite, ou situation qui ne concorde pas avec les habiletés développementales de l'enfant.
- » Retard inexplicé dans la recherche de soins médicaux.
- » Antécédents de blessures importantes ou inexplicées chez l'enfant.
- » Situation sociale à risque, y compris des antécédents avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

BLEUS – ECCHYMOSES

- » **Les ecchymoses sont la manifestation la plus courante de l'enfant maltraité.** On ne peut les dater ni par la couleur ni par la grosseur.
- » **Les ecchymoses d'intérêt sont celles sans explication convaincante :** à des endroits inusités ou relativement protégés (ex. torse, oreilles, cou, frein, zone auriculaire, joues, paupières, hémorragie sclérale, angles de la mâchoire, ventre, dos, fesses, parties génitales); ecchymoses multiples ou ayant une forme bien définie (ex. empreinte de la main, boucles, lignes droites, morsures); et **tout ecchymose chez un nourrisson ou un enfant qui ne se déplace pas seul.**
- » La plupart des ecchymoses qui surviennent pendant l'activité normale, chez un enfant ambulateur, se situent sur les proéminences osseuses (ex. tibia, genoux, front) et sur le devant du corps.

FRACTURES ([VOIR RECOMMANDATIONS TREKK SUR LES FRACTURES](#))

- » Les fractures attribuables à la maltraitance se retrouvent chez les enfants de tout âge, mais particulièrement chez le bébé de moins de 18 mois.
- » Chez un enfant, la fracture est provoquée par une force majeure. L'enfant ayant subi une fracture présente une anamnèse claire de la situation. L'exception notable se retrouve chez le bambin, soit une fracture spiralée incomplète de la partie inférieure du tibia. Cette fracture se produit souvent dans le cadre de l'activité normale sans traumatisme particulier.
- » Un enfant ambulateur et plus âgé peut présenter une fracture oblique/spiralée du fémur suite à une chute avec entorse, sans que ce soit signe de maltraitance.
- » **Les fractures inexplicées qui sont inquiétantes dans le cadre de la maltraitance incluent :** toute fracture chez un enfant qui ne marche pas; fractures du fémur chez un bébé d'âge < 12 mois; fractures de l'humérus chez un bébé d'âge < 18 mois; fractures des côtes; lésions métaphysaires classiques (avulsion et déplacement épiphysométaphysaire); fractures multiples; fractures complexes du crâne.²

TRAUMATISMES À LA TÊTE ([VOIR RECOMMANDATIONS TREKK SUR LES TRAUMATISMES CRÂNIENS GRAVES](#))

- » Le traumatisme crânien est la principale cause de décès dans le cadre de la maltraitance physique infantile.
- » Dans ~30 % des cas, le traumatisme crânien associé à la maltraitance n'est pas identifié par le médecin à la première visite.³
- » Les signes et symptômes d'une lésion intracrânienne chez le jeune enfant sont : soit apparents (ex. convulsions, apnée, altération de l'état mental); soit subtiles et non spécifiques (ex. somnolence, vomissements inexplicés, irritabilité, macrocéphalie); soit absents (« lésion silencieuse »).
- » Dans le cadre du traumatisme crânien chez l'enfant maltraité, on retrouve souvent un hématome sous-dural.

Toute lésion encéphalique chez un enfant sans histoire claire de traumatisme accidentel important ou sans explication médicale doit soulever des soupçons de maltraitance.

BRÛLURES

- » **Les brûlures sans explication claire ou celles dont l'explication ne correspond pas à la blessure sont inquiétantes dans le cadre de la maltraitance. Les signes suspects d'une brûlure infligée incluent :** brûlures d'immersion/ enfant ébouillanté (ex. distribution de bas et/ou de gants, brûlures symétriques sur les fesses et/ou parties génitales); brûlures de contact ayant une forme bien définie (ressemblant à un objet chaud; ex. brûlures de cigarettes, fer, briquet, séchoir à cheveux, article de cuisine).

BRÛLURES (SUITE)

- » La plupart des brûlures *accidentelles* chez le nourrisson/ jeune enfant sont dues à un liquide chaud renversé sur le devant du corps, la brûlure épousant parfois la forme d'une éclaboussure.
- » La plupart des brûlures de contact *accidentelles* surviennent parce que l'enfant a attrapé ou touché un objet chaud, lui brûlant la paume de la main.

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE D'UNE SUSPICION DE MALTRAITANCE PHYSIQUE

- » Stabiliser, évaluer, et traiter toute blessure selon les protocoles de traumatologie ([voir Recommandations TREKK sur les traumatismes multiples](#)).
- » Obtenir et documenter l'histoire du patient, entre autres :
 - » Poser des questions ouvertes.
 - » Si la situation comporte une explication, documenter le mécanisme, la séquence des événements et les témoins, et noter les signes et symptômes de l'enfant après l'incident (ex. pleurs, limitation dans l'usage des membres).
 - » Si la situation est inexpliquée, demander quand l'enfant était dernièrement en bonne santé et quand les premiers symptômes ont été remarqués.
 - » Poser des questions sur les autres enfants à la maison.
 - » Laisser le questionnement détaillé de l'enfant aux enquêteurs judiciaires.
- » Faire et documenter un examen clinique complet, y compris :
 - » Examen de la peau, de la tête aux pieds, en portant attention aux zones à risque élevé.⁴ À noter : inclure les mesures et résultats sur un schéma du corps.
 - » Inspection des conjonctives (rechercher l'hémorragie sous-conjonctivale)
 - » Inspection de la bouche (rechercher des lésions au frein de la langue, etc.)
 - » Mesure de la circonférence de la tête chez tout enfant d'âge < 2 ans, avec tracé sur une courbe de croissance appropriée. [Voir courbes de croissance de l'OMS](#).
 - » **Considérer photographier les lésions si permis par la politique du service de l'urgence**^{5,6}.

SIGNALER TOUTE SUSPICION DE MALTRAITANCE À LA DPJ

- » Le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) dépend d'une suspicion de la possibilité de maltraitance. **Ce n'est pas la place du professionnel de l'urgence de poser le diagnostic de maltraitance avec certitude; par contre, c'est à lui ou à elle d'entretenir la suspicion d'une possibilité de maltraitance et de signaler toute inquiétude à la DPJ.**
- » Avant de signaler, le clinicien peut, s'il le désire, impliquer ou consulter une équipe de travailleurs sociaux et/ou de spécialistes à l'hôpital avec expertise en matière d'évaluation médicale de la maltraitance infantile.

ÉVALUATIONS PARFOIS UTILES QUAND ON SOUPÇONNE LA MALTRAITANCE PHYSIQUE

- » Avant toute imagerie diagnostique non urgente (ex. série squelettique) ou tests de laboratoire non urgents, dans un contexte de maltraitance, il est recommandé de consulter, par téléphone, un centre de référence pédiatrique ou un professionnel de la santé qui a de l'expertise en matière de maltraitance infantile. Discuter si le transfert est nécessaire et si certaines évaluations (voir ci-dessous) doivent être faites avant.
 - » **Série squelettique** – indiquée pour tout enfant âgé < 2 ans pour évaluer les fractures aiguës, occultes, et en voie de guérison. Tous les os sont inclus dans cette série de + de 20 radiographies.
 - » **Tomodensitométrie (TDM, « CT ») cérébrale** – (sans produit de contraste; reconstruction 3D) est indiquée immédiatement à l'urgence pour tout enfant avec des signes ou symptômes de traumatisme crânien. L'imagerie cérébrale non urgente pourrait aussi être indiquée pour le nourrisson et pour les soupçons de blessure à la tête/visage/colonne vertébrale.
 - » **Examen du fond de l'œil (avec dilatation de la pupille)** par un ophtalmologiste – indiqué pour tout enfant avec suspicion de traumatisme crânien lié à la maltraitance, pour éliminer les hémorragies de la rétine.
 - » **Analyses de laboratoire** – telles qu'indiquées pour les traumatismes ([voir Recommandations TREKK sur les traumatismes multiples](#)). D'autres analyses complémentaires *pourraient* s'avérer utiles pour identifier une maladie sous-jacente qui pourrait être confondue à la maltraitance et prédisposer l'enfant aux blessures; ex. maladie des os, du sang, et/ou trouble métabolique.

DÉMARCHES

- » Congé de l'urgence **seulement** si l'évaluation clinique est complétée ou un plan de suivi a été établi **ET** une démarche sécuritaire a été prise par la DPJ.
- » Hospitaliser si nécessaire sur le plan médical **OU** si l'évaluation clinique est incomplète et qu'un plan de suivi n'a pas été établi, **OU** si une démarche sécuritaire n'a pas pu être prise par la DPJ.
- » **Noter** : L'évaluation médicale des frères et sœurs ou des autres enfants à risque sera coordonnée par la DPJ.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge de la maltraitance physique infantile. Ce sommaire est produit par les conseillers sur la maltraitance infantile du réseau TREKK, Dr Amy Ornstein et Dr Carmen Coombs du *IWK Health Centre* et Dr Kathy Boutis du *Hospital for Sick Children*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Il a aussi été révisé par la Section sur la Prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents de la Société canadienne de pédiatrie. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

- 1) Bennett S, Ward M, Moreau K, et al. [Head injury secondary to suspected child maltreatment: results of a prospective Canadian national surveillance program](#). *Child Abuse Negl* 2011;35(11):930-936.
- 2) Chauvin-Kimoff L., Allard-Dansereau C., Colbourne M. & Canadian Paediatric Society. The medical assessment of fractures in suspected child maltreatment: Infants and young children with skeletal injury. *Apr* 2018.
- 3) Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinhart SE & Hay TC. [Analysis of missed cases of abusive head trauma](#). *JAMA*. 1999;282(7):621-627.
- 4) Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J & Lorenz DJ. [Bruising Characteristics Discriminating Physical Child Abuse from Accidental Trauma](#). *Pediatrics*. 2010;125(1).
- 5) Ornstein, AE. [An approach to child maltreatment documentation and participation in the court system](#). *Pediatric Child Health*. 2013;Oct 18(8):e44-7.
- 6) Bloemen EM, Rosen T, Cline Schiroo JA, et al. [Photographing Injuries in the Acute Care Setting: Development and Evaluation of a Standardized Protocol for Research, Forensics, and Clinical Practice](#). *Acad Emerg Medicine*. 2016;23(5):653-9.

© Juillet 2018, TREKK, Version 1.0, Prochaine révision : 2020. Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique.