

# Violence pédiatrique

CONFÉRENCE

51

## QUOI DEMANDER, QUOI OBSERVER, QUOI EXAMINER COMMENT INTERPRÉTER

**JEAN-CLAUDE MERCIER**

Pédiatre

CHUQ, Pavillon St-François d'Assise

Québec

### PLAN

- Le questionnaire et l'observation
- L'examen physique: à la recherche de signes objectifs:
- L'interprétation: quand les explications recueillies ne collent pas avec les lésions retrouvées:
- Références

La maltraitance n'est pas une rareté et est responsable de:

- 10% des blessures chez les < 1 an
- 30% des fractures chez les < 3 ans
- 95% des traumatismes crâniens majeurs chez les < 1 an

Le diagnostic d'abus physique est difficile: les parents sont réticents à livrer de l'information pouvant les compromettre, et l'enfant est souvent trop jeune pour parler. Comme il n'y a pas de portrait type de l'enfant abusé ni du parent abuseur, le niveau de probabilité d'abus s'obtient par l'accumulation de différents indices suggestifs, tant au questionnaire qu'à l'examen. Le diagnostic final doit s'appuyer sur un dossier complet et de très grande qualité, surtout si le médecin de première ligne est témoin privilégié d'information qu'il consigne adéquatement au dossier de l'enfant. Toutefois, le principal obstacle au diagnostic est le refus du médecin de considérer la possibilité d'abus chez un enfant victime d'une blessure. **La suspicion est la première étape du diagnostic.**

## A. Le questionnaire et l'observation

### PLAN

L'entrevue

Les éléments essentiels à rechercher à l'anamnèse: les indicateurs de risque

Cinq questions essentielles

L'observation attentive

Observation de l'enfant

Observation des parents

Observation de la relation parent enfant

La consignation au dossier

### L'ENTREVUE

Le but de l'entrevue n'est pas de déterminer qui a fait quoi, à qui, et comment, mais de déterminer si les lésions constatées sont accidentelles ou non. Il n'appartient pas au médecin de trouver un coupable. Son travail est d'envisager le diagnostic, de traiter l'enfant et de le protéger.

Il s'agit d'une des entrevues les plus difficiles en pédiatrie. Peu de situations cliniques engendrent autant d'émotions fortes, de colère, d'hostilité et de frustration chez le médecin. Centrer l'entrevue sur ce que les parents ressentent face aux conséquences de leurs actions peut être utile. On n'a pas à accepter ni condamner les états d'âme des parents, mais plutôt à les comprendre. Dans tous les cas il faut chercher à établir une relation avec les parents en plus d'obtenir de l'information. Un ton accusateur n'aide en rien à la démarche. Il faut demeurer courtois. Il est préférable d'interroger séparément chacun des accompagnants, mais cela n'est pas facilement possible dans le cadre d'une consultation en première ligne. On doit également porter une grande attention à la confidentialité de l'entrevue.

Les questions ouvertes, non biaisées, en plus de favoriser l'information spontanée sont moins compromettantes pour le parent abuseur, ce qui donne encore plus de poids surtout dans la bouche d'un enfant. La question ouverte permet aussi d'évaluer la capacité des parents à organiser leur pensée et à la traduire en paroles. "Votre enfant s'est blessé, parlez-moi de ce qui s'est passé." est de loin préférable à "Qui a blessé votre enfant?". On ne doit arriver aux questions plus précises qu'après des questions ouvertes plus larges, et toujours sans suggérer de réponses, surtout à l'enfant interrogé.

Les parents abusifs sont souvent peu motivés. Ils ont de la difficulté avec la communication

V E N D R E D I

30

octobre

8h30

**Jean-Claude Mercier**

Pédiatre

CHUQ, pavillon

St-François d'Assise

non verbale. Les contacts oeil-oeil sont difficiles, ils pleurent rarement et ont peu d'expression faciale. Ils peuvent s'écraser dans une chaise et peuvent être agressifs ou passifs. Parfois, on se trouve confrontés à un robot. Utiliser une formule comme "Vous avez dû avoir une dure semaine." ou "Vous devez être inquiets pour votre enfant." peut aider la communication.

**LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS  
À RECHERCHER À L'ANAMNÈSE:  
LES INDICATEURS DE RISQUE**

**1. VERBALISATION D'UN TÉMOIN**

- L'enfant qui exprime spontanément qu'un adulte l'a blessé
- Le parent qui accuse l'autre (à moins de dispute de garde)
- La confession partielle d'un parent

**2. DÉLAI DE CONSULTATION**

- Les parents non abusifs consultent immédiatement suite à un accident, et ont même tendance à consulter pour des traumatismes mineurs
- L'adulte présent avec l'enfant au moment de l'accident ne se présente pas à l'hôpital avec l'enfant. C'est une variante du délai de consultation

**3. HISTOIRE VAGUE,  
VARIABLE OU CONTRADICTOIRE**

- Elle change avec le même informateur, ou d'un informateur à l'autre
- Histoire vague ou non claire
- Absence d'histoire
- Détails exacts imprécis: endroit, temps, mécanisme, etc.
- Blessure attribuée à un frère ou une soeur
- Blessure découverte à l'examen et dont les parents n'avaient pas parlé
- Blessures d'apparition spontanée, "Il s'est réveillé comme ça." "Il a dû tomber."
- Enfant non symptomatique, même après un traumatisme significatif

La plupart des parents non abusifs savent très bien comment un accident s'est produit et montrent une très bonne volonté pour en discuter les détails. Ils vont même préciser leur histoire en la racontant à nouveau.

**4. DISCORDANCE ENTRE L'HISTOIRE  
ET L'EXAMEN**

- L'explication s'avère non plausible ou inconsistante avec le gros bon sens et le jugement médical. Souvent, le traumatisme décrit est bénin, et ce même face à une blessure majeure. Se souvenir qu'un trauma mineur entraîne des conséquences mineures.
- Absence de pleurs chez l'enfant gravement blessé

**5. DISCORDANCE ENTRE L'HISTOIRE  
ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

- Un enfant de 10 mois qui grimpe seul dans la baignoire et ouvre lui-même le robinet d'eau chaude
- Blessure auto-infligée chez un jeune bébé. "Le bébé s'est retourné et s'est cassé le bras." C'est la catégorie la plus à risque. Ces enfants peuvent être tués si retournés à la maison avec un mauvais diagnostic
- Minimalisation des symptômes de l'enfant

**6. HISTOIRE ANTÉRIEURE  
DE TRAUMATISMES INEXPLIQUÉS**

- Tendance facile aux bleus
- Accidents fréquents
- Hospitalisations multiples
- Consultations multiples (souvent dans des milieux différents)
- Patron de traumatismes dont la sévérité augmente: Contusion - fracture - hématome sous-dural - décès

**7. PROFIL SOCIO-FAMILIAL**

- Famille connue du DPJ
- Isolement social
- Pauvreté, chômage
- Abus d'alcool, de drogues
- Conflits conjugaux marqués
- Violence familiale

**8. CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS**

- Antécédents de foyers d'accueil ou d'abus dans l'enfance
- Jeune âge
- Discipline excessive
- Mauvaise compréhension du développement de l'enfant
- Attentes irréalistes. (on s'attend à ce que l'enfant aime et accepte ses parents sans condition)

- Dépression ou problème psychiatrique
- Problèmes de santé physique ou mentale
- Criminalité

#### 9. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

- Séparation d'avec les parents à la naissance (prématurité)
- Non désiré
- Placements antérieurs
- Handicap mental et/ou physique
- Maladie chronique
- Tempérament difficile, opposant
- Troubles de comportement

- Hyperactivité
- Troubles alimentaires

#### 10. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Entraînement difficile à la propreté
- Pleurs prolongés
- Coliques, régurgitations, troubles du sommeil
- Maladie de l'enfant
- Stress aigu: perte d'emploi, crise financière, séparation
- Fatigue des parents
- Punition exagérée

CETTE RECHERCHE DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS S'OBTIENT PAR CES CINQ QUESTIONS SIMPLES:

### CINQ QUESTIONS ESSENTIELLES

#### QUESTION 1 AVANT

Antécédents de l'enfant  
Contexte familial  
Événements stressants

#### QUESTION 2 OÙ ET QUAND

Où l'accident s'est-il passé?  
Quand l'accident s'est-il passé?

#### QUESTION 3 QUI

Qui s'occupait de l'enfant au moment de l'accident?  
Qui a été témoin de l'accident?

#### QUESTION 4 COMMENT

Comment l'accident s'est-il passé?  
Profil biomécanique  
(hauteur de la chute, surface de réception, etc.)

#### QUESTION 5 APRÈS

Qu'a fait l'enfant après l'accident?  
Quels soins ont alors été apportés à l'enfant?  
Y a-t-il eu d'autres consultations?

#### L'OBSERVATION ATTENTIVE

Pendant l'entrevue et l'examen, l'observation des parents et de l'enfant peut révéler d'autres indicateurs de risque. Il faut donc porter attention à plusieurs détails.

#### OBSERVATION DE L'ENFANT

- Craint ses parents
- Triste, incapable de sourire
- Apathique, dépendant
- Sale, mal nourri, négligé
- Pleure

#### OBSERVATION DES PARENTS

Il faut noter leur comportement, leur attitude, leur affect, leurs réactions émotionnelles et leurs interactions

- Impulsivité
- Intolérance face aux frustrations
- Méfiance et agressivité, confiance en personne
- Agressivité non provoquée
- Violence verbale
- Colère sans raison
- Réticence ou refus de répondre aux questions

- Réticence ou refus d'accepter un traitement, une consultation, une admission ou la poursuite d'une investigation complète
- Hâte de quitter la clinique ou l'urgence
- Manque d'intérêt pour l'état de l'enfant
- Insistance sur des plaintes triviales
- État d'ébriété ou drogué
- Se perçoivent eux-mêmes comme victimes

### **OBSERVATION DE LA RELATION PARENT ENFANT**

- Capacité des parents à calmer l'enfant
- Pas de réaction des parents face à la douleur de l'enfant
- Réaction hostile face à l'enfant souffrant
- Manque d'interaction avec l'enfant
- Critique de l'enfant par les parents
- Enfant tenu responsable de ce qui lui arrive
- Perception négative de l'enfant

### **LA CONSIGNATION AU DOSSIER**

Le dossier d'un enfant soupçonné d'avoir été maltraité ou négligé doit contenir les réponses aux cinq questions essentielles: Avant, Où et Quand, Qui, Comment, et Après. Beaucoup de ces éléments ont intérêt à être inscrits dans les mots mêmes de l'enfant ou de l'accompagnant. On doit donc retrouver au dossier:

- l'identification des accompagnants: noms, adresse, téléphone
- le statut des accompagnants par rapport à l'enfant
- la raison de l'absence des parents si c'est le cas
- le motif de consultation
- les antécédents médicaux et traumatiques de l'enfant
- la description détaillée de l'événement en cause
- la description détaillée de la réaction des parents à l'événement et de leurs démarches suite à l'accident

## **B- L'examen physique: à la recherche de signes objectifs**

**Jean Labbé md, FRCPC**  
Pédiatre au CHUQ (Pav. CHUL)  
Professeur agrégé à l'Université Laval

### **PLAN**

1. Que rechercher à l'examen physique
2. Comment mettre ses constatations au dossier
3. Les examens complémentaires
4. Conclusion

Les mauvais traitements envers les enfants doivent faire partie du diagnostic différentiel des conditions suivantes: blessures quelles qu'elles soient (surtout les blessures sévères), fractures, brûlures, intoxications, apnées, convulsions afébriles, altérations de l'état de conscience, tableaux cliniques bizarres ou inhabituels, retard staturo-pondéral, retard de développement, troubles du comportement...

### **1. QUE RECHERCHER À L'EXAMEN PHYSIQUE**

L'examen physique doit être complet et soigneux avec une attention particulière pour les éléments suivants:

#### **ÉTAT GÉNÉRAL**

Le morphogramme doit être évalué (poids, taille, périmètre crânien), de même que l'état nutritionnel, la propreté, le niveau de développement. Le comportement de l'enfant durant l'examen sera noté.

#### **LA PEAU ET LES TISSUS MOUS**

C'est à ce niveau que se retrouvent 90% des lésions d'abus physique. Toute la surface cutanée doit être examinée à la recherche de lésions traumatiques anciennes et nouvelles: cicatrices, abrasions, contusions, éraflures, hématomes, ecchymoses, pétéchies... Ne pas oublier le cuir chevelu.

#### **LES YEUX**

La partie externe de l'oeil doit être examinée (couleur des sclérotiques, marques traumatiques). En cas de suspicion d'abus physique chez un enfant de moins de deux ans, le fond d'oeil est un examen essentiel, à l'aide d'un mydriatique à action courte au besoin.

#### **LA BOUCHE**

Vérifier les lèvres, les freins des lèvres et de la langue, les gencives, les dents, la langue, le palais.

### LES ORGANES GÉNITAUX ET L'ANUS

Un abus sexuel peut être associé à d'autres types de mauvais traitements. L'examen externe de ces parties est donc indispensable.

### L'ABDOMEN

Suspecter des traumatismes aux viscères abdominaux si l'abdomen est distendu, si sa paroi est rigide ou montre des ecchymoses.

### LE SQUELETTE

La palpation soigneuse des os peut révéler un site douloureux précis indiquant possiblement une fracture sous-jacente.

### 2. COMMENT METTRE SES CONSTATATIONS AU DOSSIER ?

Chaque trouvaille à l'examen doit être consignée soigneusement et de façon lisible au dossier en précisant la forme des lésions, leur couleur, leur grosseur, leur localisation précise. Faire un dessin des lésions significatives. L'utilisation d'un diagramme corporel s'avère très utile à cet effet (figure 1). Dans les cas de lésions visibles sévères, il est préférable d'obtenir une photographie en couleur des lésions (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation spéciale des parents pour ce faire).

### 3. LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'investigation doit s'ajuster à l'histoire et à l'examen et sert à préciser le diagnostic de mauvais traitements ou à éliminer d'autres causes pour les lésions. *Il n'y a pas d'investigation de base de routine pour cette problématique.*

### HÉMATOLOGIE

Un hémogramme et un bilan de coagulation s'imposent dans tous les cas d'hémorragie ou de manifestations purpuriques inhabituelles.

### BIOCHIMIE

Demander les transaminases hépatiques et une amylasémie dans les cas de traumatismes abdominaux. Faire une calcémie, une phosphorémie et un dosage des phosphatases alcalines en cas de fractures.

### TOXICOLOGIE

Des recherches toxicologiques sanguines et urinaires sont indiquées dans tous les cas

de modifications comportementales ou de manifestations neurologiques inattendues ou inexplicables.

### LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Une ponction lombaire est indiquée en cas de suspicion d'hémorragie sous-arachnoidienne, après s'être assuré qu'il n'y a pas d'hypertension intracrânienne.

### IMAGERIE MÉDICALE

Tout enfant de moins de deux ans chez qui un abus physique est suspecté mérite un bilan squelettique complet. Chez l'enfant plus vieux, ce bilan sera effectué s'il y a découverte d'une fracture. Pour les nourrissons, un "bébégramme" (radiographie du squelette entier sur un seul cliché) n'est pas satisfaisant d'un point de vue technique. Il vaut mieux demander des radiographies avec incidence de face et de profil du crâne et du thorax, une radiographie de la colonne lombaire de profil, des radiographies de face du bassin ainsi que des membres supérieurs et inférieurs. S'il y a suspicion de fracture et que les radiographies sont négatives, on doit répéter le bilan radiologique après une dizaine de jours afin de détecter d'éventuels décollements périostés. On peut également dans ce cas demander une scintigraphie osseuse au technicium 99m. Cet examen permet de détecter la présence d'une fracture très récente (< 24 heures).

Un examen tomodynamométrique cérébral s'impose en cas de traumatisme crânien ou de symptômes neurologiques évoquant un effet de masse à l'intérieur du crâne. Si l'examen est négatif et qu'un doute persiste sur une hémorragie intracrânienne, la résonance magnétique cérébrale constitue un examen beaucoup plus sensible.

### 4. CONCLUSION

Il est fondamental de bien recueillir toutes les données objectives à l'examen physique et de les mettre clairement au dossier. De même, tous les examens complémentaires pertinents pour préciser le diagnostic médical ou éliminer d'autres causes (dans une perspective médico-légale) doivent être effectués. Cela simplifiera le travail du médecin de première ligne si on lui demande un rapport quelques mois après les événements. Le travail de l'expert qui pourra être appelé à interpréter ces données en sera également facilité.

## C. L'interprétation: quand les explications recueillies ne collent pas avec les lésions retrouvées :

Jean Labbé md FRCPC  
Pédiatre au CHUQ (Pav. CHUL)  
Professeur agrégé de pédiatrie  
à l'Université Laval

### PLAN

1. Introduction
2. Manifestations typiques de mauvais traitements
3. Associations spécifiques de lésions
4. Lésions multiples d'âge différent
5. Discordance entre l'histoire et les lésions
6. Discordance entre l'histoire et le développement
7. Tableaux cliniques et biologiques surprenants ou incompatibles
8. Conclusion

### 1. INTRODUCTION

Ce n'est pas au médecin qu'il revient en dernier ressort d'établir si un enfant est victime d'abus physique ou de négligence. Ce rôle a été confié par le législateur au système socio-judiciaire. Le diagnostic s'établit par la mise en commun d'un ensemble d'indicateurs recueillis par de multiples intervenants, un peu à la façon d'un casse-tête. Plus on a de pièces et plus l'image est claire. Ces indicateurs comprennent :

- verbalisation de l'enfant (s'il est suffisamment mature)
- délai de consultation
- histoire vague, changeante ou contradictoire
- histoire antérieure de traumatismes inexpliqués
- certaines attitudes et caractéristiques des parents et des enfants ainsi que des particularités de la situation familiale et sociale
- manifestations typiques de mauvais traitements
- lésions multiples d'âge différent
- associations spécifiques de lésions
- discordance entre l'histoire et les lésions
- discordance entre l'histoire et le développement de l'enfant
- tableaux cliniques et biologiques surprenants ou incompatibles

Dans cette présentation, on s'intéressera seulement aux 6 derniers éléments parce que c'est à ce niveau que l'expertise du médecin est indispensable.

### 2. MANIFESTATIONS TYPIQUES DE MAUVAIS TRAITEMENTS

*Il n'existe aucun symptôme ou signe physique, qui, pris isolément, permette d'établir avec certitude un diagnostic de mauvais traitements. Cependant, la spécificité de quelques manifestations est tellement élevée que leur découverte rend ce diagnostic d'emblée très probable. Voici quelques exemples:*

#### CERTAINES LÉSIONS CUTANÉES TRAUMATIQUES

- prenant la forme de l'objet ayant servi à blesser l'enfant (doigts, ceinture, fil électrique, marques de contention...)
- déchirure du frein de la langue et de la lèvre supérieure chez un bébé
- morsures humaines d'adultes
- perte de cheveux avec pétéchies au cuir chevelu

#### CERTAINES BRÛLURES

- impression sur la peau de l'objet ayant servi à brûler l'enfant (fer à repasser, cigarette,...)
- dans le cas de brûlures par immersion, rebords nets des brûlures (en gants ou bas) sans effet d'éclaboussures ou brûlures à la fois des pieds, du périnée et des fesses

#### CERTAINES FRACTURES

- fractures métaphysaires des os longs  
Ces fractures (en coin, en anse de seau) indiquent un mécanisme de torsion ou de traction qui n'est pas rencontré dans les blessures accidentelles.
- fractures de côtes en postérieur latéralement à l'articulation  
Ces fractures ne peuvent être causées par un traumatisme direct ni par des manoeuvres de réanimation et suggèrent une compression latérale du thorax.
- fractures complexes du crâne (multiples, avec enfoncement, avec diastasis de 3mm et plus, en étoile)

- fractures de l'omoplate, du sternum, d'une apophyse épineuse vertébrale
- fracture en spirale du fémur avant l'âge de la marche

### HÉMORRAGIES RÉTINIENNES

Ces hémorragies sont également vues dans des cas de traumatisme accidentel majeur, dans certaines conditions médicales (hypertension artérielle, vasculite, méningite, endocardite, septicémie, coagulopathie, dyscrasie sanguine...) ainsi que chez le nouveau-né. Il n'est pas impossible qu'elles soient causées par une réanimation cardio-respiratoire mais il s'agirait d'une rareté.

### HÉMORRAGIES INTRACRÂNIENNES

L'hémorragie intradurale (sous-durale ou sous-arachnoïdienne) n'est pas causée par un impact direct à moins qu'il ne soit majeur (accident d'auto, chute de > 3m). Elle s'explique plutôt par des déchirements des veines intracérébrales en raison de mouvements différentiels du cerveau et du crâne comme dans le syndrome de l'enfant secoué. Bien souvent dans ces cas, il n'y a aucun signe externe de traumatisme au niveau du crâne.

Ce genre d'hémorragies peut aussi survenir dans des conditions médicales comme une déshydratation sévère ou une méningite. On mentionne toujours dans le diagnostic différentiel une rupture spontanée de malformations vasculaires comme un anévrisme cérébral. Il faut savoir que ces situations sont extrêmement rares avant l'âge de 1 an. Une autre explication souvent évoquée est un trouble de la coagulation. Il ne faut pas sauter hâtivement à cette conclusion si l'on trouve un temps de céphaline allongé au coagulogramme car cette anomalie est le plus souvent secondaire au traumatisme crânien lui-même.

### HYPOTROPHIE STATURO-PONDÉRALE

L'impression clinique de manque d'apport est confirmée par une croissance accélérée en dehors du milieu familial.

### 3. LÉSIONS MULTIPLES D'ÂGE DIFFÉRENT

#### MARQUES CUTANÉES

On a depuis longtemps établi que la trouvaille de lésions traumatiques multiples d'âge différent chez un enfant était un indicateur

classique d'abus physiques répétés. Cela demeure véridique... avec des nuances. Il faut en effet tenir compte des éléments suivants pour l'interprétation: l'âge de l'enfant, la localisation des lésions et la difficulté de l'estimation de l'âge des lésions. Trouver des lésions traumatiques sur la peau d'un enfant trop jeune pour se déplacer seul est évidemment très suspect. Par contre, les jeunes enfants préscolaires sont très actifs et susceptibles de s'infliger de multiples lésions traumatiques en tombant. Ces lésions d'origine accidentelle vont se retrouver davantage à la partie antérieure du corps au niveau de proéminences osseuses (front, menton, coudes, genoux, régions pré-tibiales...). Il est plus suspect de trouver des lésions à des sites comme les joues, les oreilles, le cou, les fesses, la région lombaire ou les organes génitaux. La découverte de lésions traumatiques bilatérales et symétriques est également suspecte. On retrouve dans tous les textes traitant de l'abus physique des chartes permettant de dater l'âge des ecchymoses (comme celle qui suit) et donc de distinguer si elles sont ou non du même âge.

1	2	3	4	5	6	
	rouge-bleu		bleu-violacé		vert	
7	8	9	10	13	21	23
		jaune-brun			résolution	

La fiabilité de ces chartes est pour le moins douteuse cependant. Plusieurs facteurs vont en effet affecter l'apparence des ecchymoses, dont leur localisation, leur étendue, leur profondeur, la couleur de la peau, etc. Une ecchymose peut apparaître presque instantanément après un traumatisme ou prendre 24 à 48 heures pour devenir manifeste. On distingue habituellement les couleurs précoces comme le rouge, le bleu et le pourpre, des couleurs tardives comme le jaune, le vert et le brun. Mais les couleurs précoces peuvent demeurer jusqu'à 21 jours après le traumatisme. Il est par ailleurs difficile de dater précisément l'apparition des couleurs tardives. On sait toutefois que la couleur jaune prend au moins 18 heures avant d'apparaître.

Évidemment, en présence d'un enfant couvert de lésions purpuriques, il faut éliminer une cause médicale comme une leucémie, une coagulopathie congénitale ou acquise, une vasculite. Il faut s'assurer également qu'il s'agit bien de purpura et non d'une lésion y ressemblant comme une tache mongolienne. Certaines pratiques culturelles peuvent faire penser à des abus physiques, comme par exemple le Cao-Gio. Dans cette situation, la peau de l'enfant est frottée vigoureusement avec un objet dur comme le rebord d'une pièce de monnaie, causant ainsi des ecchymoses linéaires. Il s'agit d'une méthode "thérapeutique" traditionnelle utilisée dans le Sud-est asiatique.

### FRACTURES

On peut utiliser le guide suivant pour dater l'âge des fractures:

ÂGE	ASPECT
4-10 jours	trait de fracture, fragments de fracture, gonflement des tissus mous
10-14 jours	réaction périostée
14-21 jours	perte du trait de fracture cal fibro-cartilagineux (soft callus)
21-42 jours	cal osseux plus dense (hard callus) épaissement périosté
6-12 mois	remodelage

La découverte de fractures multiples d'âge différent est un argument puissant en faveur d'abus physiques répétés, en autant bien sûr que l'on puisse éliminer les causes médicales de fragilité osseuse. Une texture osseuse normale sur les films radiologiques ainsi que l'absence de manifestations cliniques permettent d'éliminer la plupart de ces causes (rachitisme, scorbut, ostéoporose, hyperostose corticale infantile, syphilis congénitale, déficience en cuivre). L'ostéogénèse imparfaite pose un problème particulier. Cette maladie rare (1: 20 000 naissances) est responsable de fractures répétées chez l'enfant. Il en existe 4 formes. Dans la plupart des cas, le diagnostic est facilité par la présence d'une histoire familiale et de signes cliniques particuliers (sclérotiques bleues, fontanelle large, hyperlaxité ligamentaire, dentinogénèse

imparfaite, os wormiens à la radiographie du crâne). Il peut arriver qu'il n'y ait aucun élément en dehors de la propension aux fractures. Il faut savoir toutefois que la probabilité d'une telle situation n'est que de 1 cas sur 3 millions de naissances... Pour la grande région de Québec, un cas semblable ne se rencontrera qu'une fois tous les 350 ans comparativement à 15 cas par année de fractures d'origine abusive... Dans les cas de doute, on peut procéder à l'étude du collagène dans une culture de fibroblastes pour éliminer ce diagnostic.

### 4. ASSOCIATIONS SPÉCIFIQUES DE LÉSIONS

Si l'on rencontre chez un même enfant plus d'une manifestation de mauvais traitements (lésion cutanée traumatique, brûlure, fracture...), la probabilité du diagnostic devient alors beaucoup plus élevée.

### SYNDROME DE L'ENFANT SECOUÉ

Le diagnostic se pose lorsqu'un jeune enfant présente une hémorragie intracrânienne associée à l'une des manifestations suivantes: marques de doigts sur les membres ou le thorax, hémorragies rétinienne, fractures de côtes en postérieure ou des membres, lésions à la moelle épinière cervicale.

### TRAUMATISME CRÂNIEN D'ORIGINE ABUSIVE

Duhaime a proposé un schéma avec des associations pour faciliter le diagnostic d'abus physique dans les cas de traumatismes crâniens chez l'enfant de moins de 2 ans (voir figure 2).

### 5. DISCORDANCE ENTRE L'HISTOIRE ET LES LÉSIONS

Les lésions traumatiques chez les enfants sont souvent attribuées à des chutes accidentelles. Comme les accidents sont au moins 15 fois plus fréquents que les abus, il peut être difficile de s'y retrouver, d'autant plus que la majorité des lésions traumatiques d'origine abusive n'ont pas de caractéristiques spécifiques. Il faut donc être familier avec les conséquences des chutes accidentelles chez les enfants. Ces conséquences dépendent à la fois de la hauteur de la chute et de la surface de réception. On peut comprendre qu'une chute sur du ciment aura des conséquences plus importantes qu'une chute de même

hauteur sur du tapis. Sur un plancher de maison, les études rapportent que les chutes d'une hauteur de moins de 1.5 m (5 pieds) amènent très rarement des conséquences sérieuses. L'enfant peut s'en tirer sans aucune lésion ou bien avec une blessure mineure au point d'impact (ecchymose, hématome, contusion, abrasion, lacération). S'il y a une fracture, il s'agira d'une fracture simple (clavicule, diaphyse d'un os long, fracture pariétale linéaire). En raison du poids relatif de sa tête, le jeune enfant a tendance à tomber tête première. Pas question cependant d'accepter qu'une chute à partir d'une table, d'une chaise ou d'une couchette soit responsable d'une hémorragie intracrânienne, d'un dommage cérébral significatif ou d'une fracture complexe du crâne. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, une chute dans un escalier conduit rarement à des fractures (7%) ou à des lésions à plus d'un endroit du corps (2.7%) et surtout pas à des lésions sérieuses mettant la vie de l'enfant en danger.

Pour ce qui est des brûlures, il faut se méfier des brûlures sévères ou à des endroits normalement protégés par les vêtements.

### 6. DISCORDANCE ENTRE L'HISTOIRE ET LE DÉVELOPPEMENT

L'enfant a-t-il la capacité d'avoir contribué à son traumatisme comme l'histoire le rapporte? Il faut toujours tenir compte du développement de l'enfant dans l'interprétation des lésions. Un bébé de deux mois ne peut s'infliger une fracture du fémur en se coinçant la jambe entre le matelas et le rebord de sa bassinet. À quatre mois, un bébé n'a pas acquis la mobilité lui permettant de s'approcher d'un escalier pour y faire une chute. À 12 mois, un enfant ne peut tourner un robinet d'eau chaude pour s'infliger des brûlures, etc.

### 7. TABLEAUX CLINIQUES ET BIOLOGIQUES SURPRENANTS ET INCOMPATIBLES

Dans le syndrome de Munchausen par intermédiaire, un parent, la mère habituellement, invente des symptômes ou des signes physiques pour faire croire à une maladie chez l'enfant, l'exposant ainsi à des problèmes de santé ou à des investigations et traitements inutiles. On doit penser à cette possibilité lorsqu'on fait face à une maladie inexplicable persistante ou récidivante,

lorsque les symptômes ne se produisent qu'en présence de la mère ou lorsque le laboratoire ramène des résultats surprenants comme par exemple:

- contaminants polymicrobiens d'humeurs corporelles
- septicémie avec des organismes inhabituels
- troubles électrolytiques incompatibles avec l'état clinique d'un enfant ou sa maladie
- variations étonnantes dans les résultats de laboratoire

### 8. CONCLUSION

Même si la responsabilité légale de décider enfin de compte de la présence ou non de mauvais traitements n'a pas été confiée au médecin, ce dernier a tout de même une contribution spécifique dans l'élaboration du diagnostic. C'est lui qui doit déterminer quelles sont les lésions de l'enfant et ce qui les a causées: un traumatisme, une maladie, une intoxication. Il peut aussi aller plus loin concernant l'origine du problème en distinguant s'il est survenu d'une façon naturelle, accidentelle ou abusive. Il lui faut pour ce faire recueillir et interpréter un ensemble de faits et, le cas échéant, faire ressortir les indicateurs en faveur de mauvais traitements. Il doit aussi procéder à un diagnostic différentiel pour éliminer les autres problèmes ayant pu causer les lésions constatées chez l'enfant.

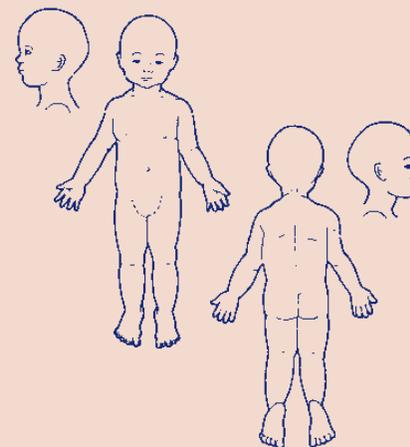
### D. Références

- Billmire ME, Myers PA. Serious head injury in infants: accidents or abuse? *Pediatrics* 1985; 75: 340-342.
- Boyce, Mary C. et al: Pediatric trauma documentation: adequacy for assessment of child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med, Vol 150, July 1996, 730-732.*
- Butts JD. Injuries: description, documentation, evidence issues. *NCMJ* 1994; 55: 423-427.
- Carthy HML. Fractures caused by child abuse. *J Bone J Surg* 1993; 75B: 849-857.
- Comité de protection de l'enfance du CHUL: L'abus physique de l'enfant et de l'adolescent, 1992, CHUL
- Duhaime Ac et al. Head injury in very young children: mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics* 1992; 90: 179-185.

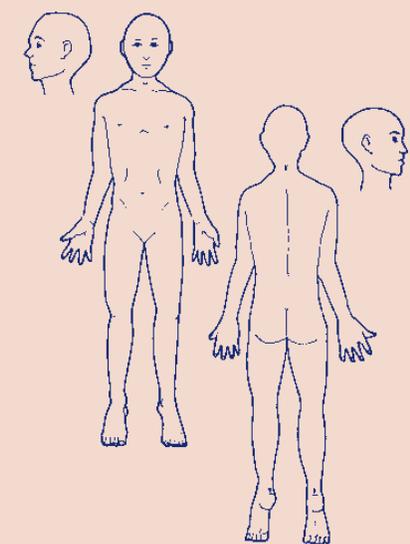
- Helfer, Mary Edna: Communicating in the therapeutic relationship: concepts, strategies, and skills. dans *The Battered child*. Edited by Ray E. Helfer and Ruth S. Kempe 4th ed. rev. and expanded: [Chicago] : University of Chicago Press 1987
- Hobbs: Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. Churchill Livingstone, 1993.
- Lambert WF, Grant P. Recognizing and documenting cutaneous signs of child abuse. *Curr Opin Pediat* 1992; 4: 638-642.
- Joffe M, Ludwig S. Stairways injuries in children. *Pediatrics* 1988; 82: 457-461.
- Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Ped Clin N Am* 1990; 37: 791-814.
- Krugman RD et al. Shaken baby syndrome: inflicted cerebral trauma. *Peidiatrics* 1993; 92: 872-875.
- Labbé J. Child abuse: can you spot the signs? *Can J CME* 1994 (March): 49-61.
- Labbé J. Les abus physiques graves chez les enfants: un appel à la vigilance. *Le Clinicien* 1996 (Septembre): 49-73.
- Labbé, Jean: Le médecin et la prévention des mauvais traitements envers les enfants. *Le Clinicien* novembre 1994, 33-57.
- Langlois NEI, Gresham GA. The ageing of bruises: a review and study of the colour changes with time. *Forensic Sci Intern* 1991; 50: 227-238.
- Leventhal JM et al. Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries. *Am J Dis Child* 1993; 147: 87-92.
- Levin AV. Ocular manifestations of child abuse. *Opht Clin N Am* 1990; 3:249-264.
- Lyons TJ, Oates RK. Falling out of bed: a relatively benign occurrence. *Pediatrics* 1993; 92: 125-127.
- Mc Mahon P et al. Soft tissue injury as an indication of child abuse. *J Bone J Surg* 1995; 77A: 1179-1183.
- Merten DF, Osborne DRS. Craniocerebral trauma in the child abuse syndrome. *Pediat Ann* 1983; 12: 882-887.
- Merten DF, Carpenter BLM. Radiologic imaging of inflicting injury in the child abuse syndrome. *Ped Clin N Am* 1990; 37: 815-837.
- Odum A et al. Prevalence of retinal hemorrhages in pediatric patients after in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a prospective study. *Pediatrics* 1997; 99: e3.
- Rainer BG et al. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5: 203-214.
- Schwartz AJ, Ricci LR. How accurately can bruises be aged in abused children? *Literature review and synthesis*. *Pediatrics* 1996; 97: 254-256.
- Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: part I. *Pediat Emerg Care* 1996; 12:116-121.
- Stewart GM, Rosenberg NM. Conditions mistaken for child abuse: part II. *Pediat Emerg Care* 1996; 12:217-221.
- Wright JE. Munchausen syndrome by proxy or medical child abuse. *J Rare Dis* 1997; 3: 5-10.

**FIGURE 1**  
**Diagrammes corporels**

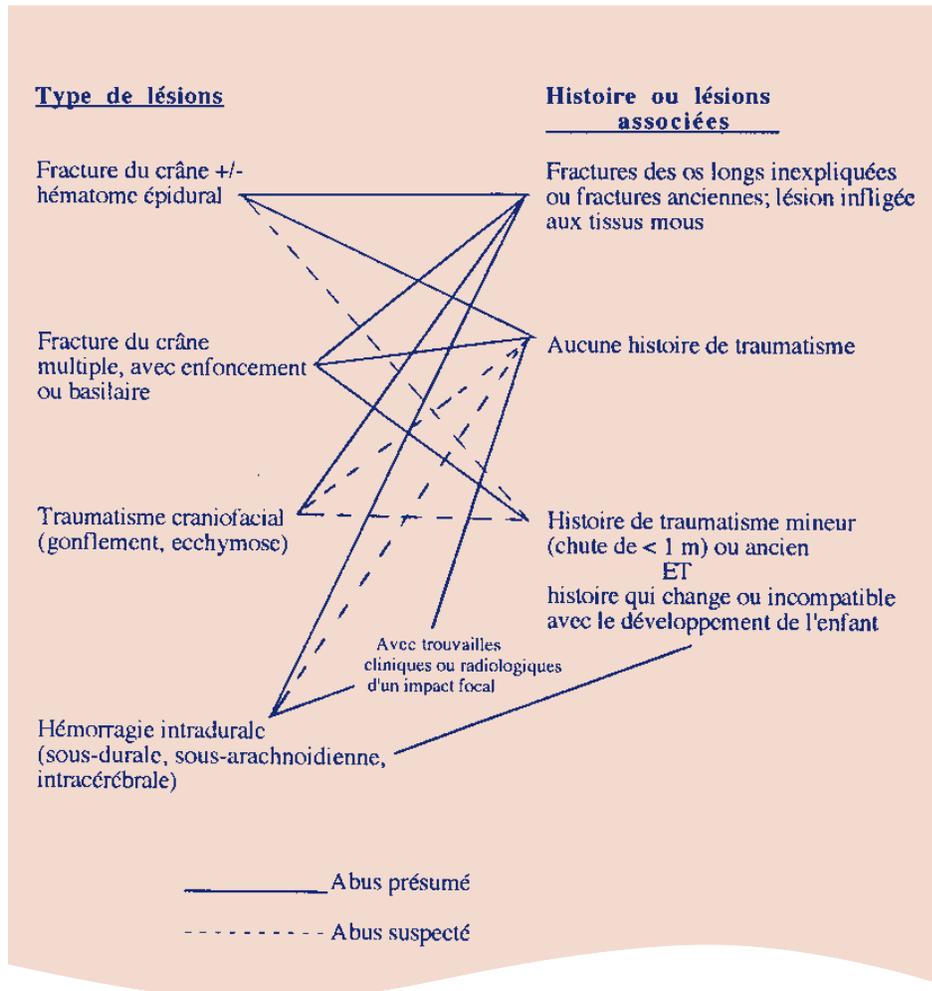
**1. ENFANT**



**2. ADOLESCENT**



**FIGURE 2**  
**Algorithme pour le diagnostic d'abus physique**  
**dans le cas de traumatismes crâniens chez le jeune enfant**



**NOTES**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

