



Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera

Maltraitance infantile – Protection de l'enfance

Guide de détection précoce et de conduite
à tenir en cabinet médical

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Maltraitance infantile – Protection de l'enfance

Guide de détection précoce et de conduite
à tenir en cabinet médical

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Mentions légales

Editrice

Protection de l'enfance Suisse

Schlosslistrasse 9a
3008 Berne
www.protectionenfance.ch

Auteures et auteurs

D' méd. Ulrich Lips

Médecin spécialiste de l'enfant et de l'adolescent, ancien responsable du groupe de protection de l'enfant et du service de consultation pour les victimes de l'Hôpital universitaire pédiatrique de Zurich

D' méd. Markus Wopmann

Médecin spécialiste de l'enfant et de l'adolescent, responsable du groupe spécialisé dans la protection de l'enfance des cliniques pour enfants suisses, médecin-chef du service pédiatrique de l'Hôpital cantonal de Baden

Prof. phil. Andreas Jud

Chaire «Epidémiologie et recherche sur l'évolution de la protection de l'enfance», Hôpital universitaire d'Ulm, Allemagne
Professeur et chef de projet pour la Haute Ecole de Lucerne – Travail social

Roxanne Falta, MLaw

Collaboratrice scientifique et responsable de projet de Protection de l'enfance Suisse

Responsable du projet

Roxanne Falta, Rainer Kamber
Protection de l'enfance Suisse

Conception graphique et production

Patrick Linner (conception graphique)
www.prinzipien.ch
Funke Lettershop AG (production)
www.funkelettershop.ch

Proposition de citation

Protection de l'enfance Suisse (édit. 2020).
Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta. Maltraitance infantile – Protection de l'enfance. Guide de détection précoce et de conduite à tenir en cabinet médical. Berne: Protection de l'enfance Suisse, 2^e édition mise à jour

Parution de la deuxième édition mise à jour en français

© 2020 | Fondation Protection de l'enfance Suisse
Tous droits réservés

Cette brochure est disponible en version imprimable ou numérique en allemand, français et italien.
www.protectionenfance.ch

Sommaire

Série de publications de Protection de l'enfance Suisse	6
Avant-propos de la Fédération des médecins suisses FMH	7
Introduction: Quel est l'objectif de ce guide?	9
1. Epidémiologie de la maltraitance infantile en Suisse	10
2. Le rôle des médecins	15
3. Définition et formes de maltraitance infantile	17
3.1 Maltraitance physique	18
3.2 Négligence	28
3.3 Maltraitance psychologique	29
3.4 Abus sexuel	30
3.5 Syndrome de Münchhausen par procuration	32
3.6 Les comportements particuliers comme indice de maltraitance infantile	33
4. Documentation	35
5. Conduite à tenir	36
6. Facteurs de risque	37
7. Situation juridique en Suisse	38
8. Informations et références complémentaires	42
9. Recommandations	45

Série de publications de Protection de l'enfance Suisse

La détection précoce des enfants en danger constitue l'un des piliers les plus importants de la protection de l'enfance. Les professionnels, femmes et hommes, qui sont régulièrement en contact avec des enfants et leur famille jouent un rôle crucial à cet effet, même s'ils ne sont pas quotidiennement confrontés à des questions relevant de la protection de l'enfance. Pour pouvoir réagir de manière adaptée face à un cas présumé, il est nécessaire d'avoir été sensibilisé au thème de la protection de l'enfance et d'avoir des connaissances de base élémentaires. Et selon le domaine de spécialisation, les questions et défis ne seront pas les mêmes.

La série de publications de Protection de l'enfance Suisse fournit aux professionnels des secteurs de la santé, du travail social et de la petite enfance des outils d'évaluation faciles à utiliser pour la détection précoce des enfants en danger.

La série de publications comprend les guides suivants :

- Maltraitance infantile – Protection de l'enfance : Guide de détection précoce et de conduite à tenir en cabinet médical

- Déceler la mise en danger du bien de l'enfant et agir en conséquence : Guide à l'usage des travailleuses et travailleurs sociaux
- Détection précoce de la violence sur les enfants en bas âge : Guide à l'usage des professionnels de la petite enfance

Protection de l'enfance Suisse est une fondation indépendante, de droit privé, active dans toute la Suisse. En notre qualité d'organisation professionnelle à but non lucratif, nous nous mobilisons pour que tous les enfants de Suisse soient protégés et que leur dignité soit préservée au sens de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à fournir des services de prévention, un travail politique et des campagnes de sensibilisation scientifiquement solides et cohérents. Protection de l'enfance Suisse s'adresse au personnel qualifié et aux personnes en charge de l'éducation, aux acteurs politiques, aux organisations privées et publiques et au grand public suisse. Pour financer son action, la fondation mène des collectes de fonds ciblées auprès de particuliers, d'entreprises, de fondations et d'institutions publiques.

www.protectionenfance.ch

Avant-propos de la Fédération des médecins suisses FMH

Tous les hommes sur Terre ont des droits, il en va de même pour les enfants. Cependant, les enfants ont besoin, en plus, d'une protection particulière. C'est la raison pour laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies a inscrit en 1989, il y a 30 ans, 54 articles spécifiques dans la Convention internationale des droits de l'enfant. En vertu de ce texte, les enfants ont le droit de grandir en bonne santé et dans la sécurité, de développer leurs propres potentiels, d'être entendus et pris au sérieux. Ils ont également le droit au jeu, au repos et aux loisirs ainsi qu'à l'intimité, à une famille et aux soins parentaux. Ces principes applicables à l'échelle mondiale constituent un socle pour que les enfants du monde entier grandissent dans la sécurité et soient protégés et acceptés dès le début en tant que personnalités propres. La Suisse a ratifié en 1997 la Convention relative aux droits de l'enfant, renforçant ainsi les droits des enfants.

Les valeurs stipulées dans la Convention nous semblent aller de soi, pourtant, chez nous aussi, ces droits sont souvent dédaignés. Un bébé qui pleure continuellement, un écolier sans cesse désobéissant ou un adolescent qui n'en fait qu'à

sa tête par exemple peuvent conduire les parents à découvrir leurs propres limites. Si ces derniers souffrent de plus d'un manque de sommeil, de problèmes personnels ou d'autres formes de stress, une telle association d'éléments peut entraîner un surmenage extrême, voire, dans le pire des cas, mener à de la maltraitance infantile. La transgression des limites est sou-

«En étant tous sensibilisés aux signes avant-coureurs alarmants, nous parviendrons à maîtriser cet exercice d'équilibriste et à repérer suffisamment tôt les mises en danger et les atteintes au bien de l'enfant ainsi qu'à fournir l'assistance adaptée.»

vent rendue taboue et dissimulée au sein de la société. Elle a souvent lieu dans un cadre privé et est invisible aux yeux des tiers. La situation en Suisse est toutefois claire et nous pousse à y regarder de plus près et, si nécessaire, à agir. Car les violences tant psychologiques que physiques ainsi que la négligence ont des conséquences graves pour les enfants et, dans un grand nombre de cas, elles ont aussi un impact durable sur leur avenir. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire que les institutions

à l'échelle fédérale interviennent dans les droits des enfants et que des mesures pour soutenir les familles affectées soient prises. Les cantons et les communes sont également invités à créer des possibilités de participation appropriées en matière d'intégration et de formation. Enfin, il faut uniformiser les mesures avec des consignes claires s'agissant de déterminer le bien de l'enfant.

«Ce guide constitue un outil précieux au quotidien pour offrir santé et sécurité aux enfants et aider les familles concernées par une situation difficile.»

Comme les enfants sont fortement ancrés dans le contexte familial au cours de leurs premières années de vie, il est difficile de constater si leurs droits aux soins, à la protection et à la participation sont respectés. C'est précisément là que nous médecins – en collaboration avec d'autres groupes de professionnels de la santé – jouons un rôle prépondérant et endossons une certaine responsabilité. En effet, les examens de routine et autres consultations médicales comptent parmi les contacts réguliers les plus importants pour les enfants en dehors du noyau familial.

En étant tous sensibilisés aux signes avant-coureurs alarmants, nous parviendrons à maîtriser cet exercice d'équilibriste et à repérer suffisamment tôt les mises en danger et les atteintes au bien de l'enfant ainsi qu'à fournir l'assistance adaptée. La FMH soutient la Fondation Protection de l'enfance Suisse dans sa volonté d'agir en faveur du bien de l'enfant et de garantir le respect des droits de l'enfant. Ce guide constitue un outil précieux au quotidien pour offrir santé et sécurité aux enfants et aider les familles concernées par une situation difficile. Il permettra au plus grand nombre d'enfants possible de grandir dans l'insouciance et de se développer à leur rythme.



D^r méd. Carlos Quinto

membre du Comité central de la FMH,
chef de département Santé publique,
Professions de la santé et produits
thérapeutiques

Introduction

Quel est l'objectif de ce guide?

La maltraitance infantile est fréquente. Même si les statistiques précises font défaut pour différentes raisons (chiffres occultes, absence de définition, etc.), les faits sont irréfutables. Le chapitre suivant intitulé «Epidémiologie de la maltraitance infantile en Suisse» expose les chiffres les plus récents de la recherche. Nous voyons quotidiennement ces enfants¹ au cabinet, en consultation et à l'hôpital – parallèlement à leurs camarades non maltraités – pour des affections, des maladies et des accidents, des examens préventifs et des vaccins. Il est de notre devoir de les repérer en tant qu'enfants maltraités, car leur santé et leur qualité de vie – dans l'immédiat et tout au long de leur vie d'adulte – pourraient en être sensiblement améliorées.

Ce guide n'est pas un manuel abrégé sur la maltraitance infantile et la protection de l'enfance. C'est pourquoi nous avons choisi d'occulter les détails et les indications bibliographiques. Il vous est destiné à vous, médecins de spécialisations diverses exerçant en cabinet, qui êtes peu familiarisés avec ce thème. Ce guide doit vous servir, à vous mais aussi à vos assistantes médicales et assistants médicaux (ci-après dénommés AM), à reconnaître et enregistrer les cas de maltraitance infantile effective mais aussi à repérer les situations suspectes et à risque. Il doit également vous montrer les différentes manières d'y faire face.

¹ On entend par «enfant» tout être humain avant son 18^e anniversaire (définition juridique tirée de l'art. 1 de la Convention des droits de l'enfant).

1. Épidémiologie de la maltraitance infantile en Suisse

Auteur: **Andreas Jud**

En matière de protection de l'enfance, deux types de données sur la fréquence des maltraitements infantiles sont importants: la fréquence des maltraitements infantiles dans la population et le nombre d'enfants maltraités qui ont été détectés et sont suivis par des professionnels spécialisés. Les carences de prise en charge ne peuvent être identifiées que si les données occultes sont comparées à «la partie cachée de l'iceberg». Cette comparaison permet une adaptation ciblée des structures et processus afin d'améliorer la prévention et l'intervention. Cependant, il existe d'importantes lacunes dans la recherche, tant dans les zones occultes que dans les zones transparentes.

Quelle est l'ampleur du problème en réalité?

Un survol des travaux internationaux pointe une variation considérable en matière de données de fréquence de la maltraitance infantile. Ces divergences importantes entre les études ne témoignent

pas de «véritables» différences entre les divers pays mais sont plutôt liées au vaste éventail de définitions utilisées. Les chercheurs des secteurs de la criminologie, de la médecine, du travail social et autres définissent la maltraitance infantile et ses différentes formes au sens plus ou moins large. Parfois, les abus sexuels avec contact physique ou violence sexuelle verbale seulement sont évalués, certaines définitions font référence uniquement à des personnes proches et d'autres incluent également les auteurs d'acte inconnus de la victime. Toutefois, on s'entend pour dire que la maltraitance infantile **n'est pas** un phénomène isolé qui ne touche qu'un petit nombre d'enfants et d'adolescents. Au contraire, l'ampleur des manifestations de violence sur enfant est plutôt de l'ordre de celle des maladies chroniques largement répandues, telles que le diabète de type 1, voire même souvent supérieure. De plus, les violences multiples sont généralement la règle et non l'exception.

Fréquence des abus sexuels

La fréquence des abus sexuels est la question qui est la mieux étudiée depuis longtemps. La Suisse aussi dispose d'un vaste ensemble de données à l'échelle nationale obtenu dans le cadre de l'étude Optimus menée auprès de 6749 adolescents élèves de neuvième classe:¹

- 15% ont déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle de n'importe quelle nature avec contact physique au moins une fois dans leur vie.
- Jusqu'à 29% des sondés ont même parlé de violence sexuelle sans contact physique.
- La part élevée de violence sexuelle entre adolescents est frappante: dans 11% des agressions avec contact physique, au moins l'un des auteurs (ou auteure dans de rares cas) était âgé de moins de 18 ans.

Les données relatives à l'ampleur du phénomène d'abus sexuels fluctuent énormément à l'échelle mondiale, comme indiqué plus haut. Cependant, les études démographiques montrent de manière quasiment unanime que les filles sont beaucoup plus fréquemment concernées, la grande majorité des actes de violence sexuelle étant commis par des hommes. Certains groupes

sont particulièrement touchés par la violence sexuelle: ainsi, dans une étude allemande, 79,4% des filles interrogées en foyer ou internat rapportent des violences sexuelles et 46,7% des filles interrogées mentionnent un abus sexuel avec pénétration.² Un grand nombre des violences est perpétré par des pairs. Certaines des personnes interrogées ont été tragiquement victimes pour la première fois de violences sexuelles dans un établissement de soins hospitaliers.

Fréquence de la négligence, des abus physiques et psychologiques

S'agissant des autres formes de maltraitance infantile, les informations en matière de fréquence dans la population suisse font défaut. Des études représentatives issues d'Allemagne font état ici aussi d'une incidence élevée. Dans les études épidémiologiques les plus récentes, la violence exceptionnelle et bénigne a été distinguée des formes graves.³ L'illustration 1 résume les fréquences relevées dans l'enquête menée à l'échelle de l'Allemagne auprès de 2150 personnes en fonction de différents seuils. La négligence est jusqu'à présent la question la moins étudiée, on parle souvent

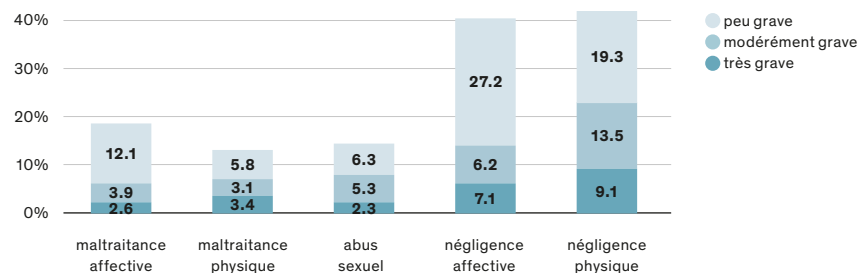
de négligence de la négligence. Les données issues des études démographiques mentionnées et de l'enquête allemande (ill. 1) de même que les rares études internationales indiquent pourtant clairement que la négligence constitue la forme de maltraitance infantile la plus fréquente. Les informations sur la fréquence de la maltraitance psychologique chez les enfants et les adolescents varient énormément selon que les enfants témoins de violence entre les parents sont inclus ou non. Certaines études considèrent cette forme très répandue de violence comme un type distinct de mise en danger du bien de l'enfant (c'est notamment le cas de l'étude de l'III. 1).

Il n'existe aucune indication de différence de prévalence entre les sexes concernant la négligence ou les autres formes de maltraitance infantile physique et psychologique, à l'inverse des abus sexuels.

Quelle est la fréquence du syndrome de Münchhausen par procuration?

Le cas de figure spécifique d'atteinte physique d'un enfant dans le cadre du syndrome de Münchhausen par procuration (voir aussi le chapitre 3.5) ne survient que rarement, contrairement aux autres formes de maltraitance infantile. Ce syndrome n'est souvent pas répertorié séparément dans les études épidémiologiques. Dans un large échantillon britannique et irlandais, les chercheurs font état de 2,8 nouveaux

1 Fréquence de la maltraitance infantile dans une enquête représentative de la population en Allemagne en 2016*



* Représentation ajustée selon Witt A., Glaesmer H., Jud A., Plener P. L., Brahler E., Brown R. C., & Fegert J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

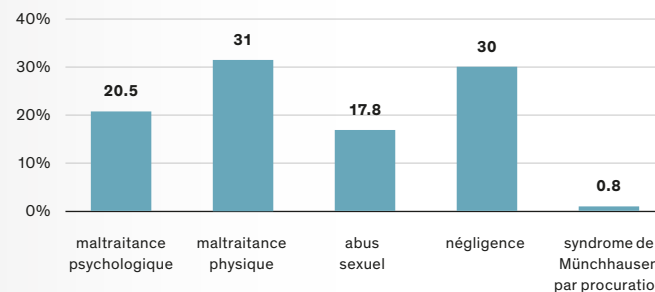
cas par an pour 100 000 enfants au cours de la première année de vie et de 0,4 nouveau cas par an pour 100 000 enfants âgés de 2 à 16 ans.⁴ Depuis plusieurs années, les cliniques pédiatriques suisses aussi enregistrent, entre autres, la fréquence des cas de syndrome de Münchhausen par procuration détectés. Au cours des cinq dernières années, celle-ci a fluctué entre 2 et 14 cas par année analysée. Cela correspond à environ 0,1 à 0,9 nouveau cas par an dans les cliniques pédiatriques suisses pour 100 000 enfants.

Combien d'enfants maltraités sont détectés?

En 2019, 21 cliniques en Suisse ont repéré 1568 cas de maltraitance infantile. Les cas les plus fréquemment dépistés relèvent de la maltraitance physique (31%) et de la négligence (30%). Les fréquences des autres cas connus figurent dans l'illustration 2.

Les médecins et le personnel soignant ne sont pas les seuls à repérer la maltraitance infantile. L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), les centres d'aide aux victimes, les services sociaux et nombre d'autres organisations protègent et soutiennent les enfants concernés. Certains cas font l'objet de poursuites pénales. En 2016, pour la première fois en Suisse, la fréquence des cas connus de mise en danger du bien de l'enfant a été enregistrée simultanément dans différents domaines de la protection de l'enfance:⁵ dans un délai de trois mois, 10 065 cas nouveaux ou réitérés ont été signalés aux organisations du système de protection de l'enfance. En extrapolant ces chiffres sur une année, cela signifie que 2,3 à 3% de la population de moins de 18 ans en Suisse est répertoriée par une organisation du système de protection de l'enfance. Ce chiffre paraît élevé. Mais les données occultes de l'illustration 1 indiquent pourtant qu'un nombre encore plus important

2 Fréquence des cas de maltraitance infantile dépistés dans les cliniques suisses en 2019



d'enfants et d'adolescents sont touchés par des abus plus graves. Tous les enfants et adolescents n'obtiennent pas la protection et les aides dont ils ont un besoin urgent, tant s'en faut. Le point inquiétant est que les enfants physiquement abusés en Suisse ont en moyenne 10,4 ans lorsqu'ils sont repérés par l'un des divers organismes du système de protection de l'enfance.

Tendances à la baisse

On peut se réjouir du fait que les efforts continus visant à améliorer la protection de l'enfance semblent déjà porter leurs fruits dans certains pays. Ainsi, aux États-Unis, la fréquence des abus sexuels et de la maltraitance physique des enfants a nettement reculé au cours des deux dernières décennies – mais ça n'est pas le cas de la négligence.^{6,7}

¹ Averdijk, M., Müller-Johnson, K., & Eisner, M. (2012). Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation. Zürich: UBS Optimus Foundation

² Allroggen, M., Rau, T., Ohlert, J., & Fegert, J. M. (2017). Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. *Child Abuse Negl*, 66, 23–30. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.015

³ Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Brahler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

⁴ McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*, 75(1), 57–61

⁵ Schmid, C., Jud, A., Mitrovic, T., Portmann, R., Knüsel, R., Ben Salah, H., Kosirnik, C., Koehler, J. & Fux, E. (2018). Kindeswohlgefährdung in der Schweiz: Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen. Zürich: UBS Optimus Foundation. Disponible sur www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/optimus-studie.html

⁶ Jones, L. M., Finkelhor, D., & Halter, S. (2006). Child maltreatment trends in the 1990s: why does neglect differ from sexual and physical abuse? *Child Maltreat*, 11(2), 107–120. doi: 10.1177/1077559505284375

⁷ Finkelhor, D., Saito, K. & Jones, L. (2018) Updated Trends in Child Maltreatment, 2016. Durham, NH: Crimes against Children Research Center

2. Le rôle des médecins

2.1 Médecins qui soignent régulièrement des enfants

Vous êtes les seuls spécialistes à voir plus ou moins régulièrement les nourrissons et enfants en bas âge avant que ceux-ci ne soient intégrés dans un environnement institutionnel, donc avant l'entrée en crèche, ou plus tard encore, en maternelle. Presque tous les parents amènent leurs enfants chez le médecin pour les examens de routine et les vaccins mais ils fréquentent globalement assez peu les consultations parentales, pourtant bien développées au niveau régional. Par ailleurs, vous voyez l'enfant et les parents dans un cadre familial, à l'abri des regards, plus longtemps que le conseiller ou la conseillère parentale, et vous avez à tout moment la possibilité d'examiner l'enfant entièrement dévêtu.

Vous avez non seulement une grande responsabilité vis-à-vis du groupe de patients constitués de nourrissons et d'enfants en bas âge, mais aussi un potentiel énorme, celui de repérer précocement les dérives familiales qui, dans le pire des cas, peuvent conduire à une maltraitance.

D'un point de vue technique, une grande partie de ce qui est mentionné dans cette

brochure n'est pas nouveau pour vous. Voici donc ce qu'il vous faut retenir:

- Mettez en pratique vos connaissances sur la maltraitance infantile! La maltraitance infantile est fréquente et a de bonnes chances d'être détectée et éliminée à condition d'agir à temps et de manière adéquate.
- Veillez en particulier aux signes précoces de troubles de l'attachement et de dérives familiales, autrement dit les mises en danger potentielles ou réelles du bien de l'enfant.
- Vérifiez qu'un groupe spécialisé (groupe de protection de l'enfance) existe à proximité de votre cabinet. Établissez des contacts réguliers avec ce groupe – si vous n'en avez pas encore eu l'occasion.
- S'il n'existe pas de groupe interdisciplinaire de protection de l'enfance autour de vous, créez-le!

2.2 Assistantes médicales et assistants médicaux (AM)

Les AM ont souvent l'occasion d'observer ou de constater des choses que nous médecins ne pouvons ni voir ni entendre: ils voient le comportement des parents et des patients dans la salle d'attente ou dans des situations stressantes, comme les prises de sang

ou les vaccins. Ils reçoivent des coups de téléphone, ils conduisent les parents ou les jeunes patients en salle d'attente, ce qui leur permet d'observer le contact des enfants avec leurs parents ou d'autres accompagnateurs, etc. Il n'est pas rare que des parents s'adressent directement à nos AM pour leur poser des questions qu'ils n'osent pas aborder avec nous médecins, comme le «comportement normal» des enfants, les possibilités de garde, les baby-sitters et autres. De telles observations peuvent être d'une valeur inestimable pour détecter des situations à risque et compléter nos constatations, ou encore confirmer ou relativiser nos impressions.

C'est la raison pour laquelle il est important de faire lire cette brochure à vos AM et de les encourager à discuter avec vous de leurs observations pertinentes.

Médecins qui ne soignent pas les enfants

Selon la répartition des classes d'âge et la situation de votre cabinet, un pourcentage variable de votre patientèle a des enfants mineurs. Rappelez-vous que beaucoup de diagnostics concernant vos patientes ou patients adultes peuvent être d'une importance capitale pour leurs enfants de moins de 18 ans, voire même représenter des facteurs de risque de maltraitance infantile. On compte parmi ceux-ci les maladies psychiques et les états «extrê-

mes», les toxicomanies mais aussi les maladies physiques chroniques sévères et les conflits de couple. Un facteur de risque particulièrement fréquent et important, qui constitue même une maltraitance infantile en soi (puisque'il s'agit d'une maltraitance infantile psychique), est la violence domestique, dont vous entendez souvent parler. Dans de telles situations, il faut toujours aussi inclure les enfants de vos patients dans vos réflexions (voir le chapitre 6). Assurez-vous dans ce cas qu'un spécialiste (pédiatre, autorités éventuellement déjà impliquées, psychologue scolaire, etc.) soit attentif au bien de l'enfant. Vous-même endossez le rôle de personne de référence et de soutien de l'adulte et devez donc représenter ses intérêts; n'oubliez pas cependant que les enfants ont leurs propres besoins et droits et qu'ils ne doivent en aucun cas servir d'«élément stabilisant» ou thérapeutique pour un parent malade.

Les parents souffrant des maladies mentionnées ci-dessus et/ou englués dans des relations conflictuelles ne sont généralement pas en mesure d'assurer le bien de l'enfant. Ils vous seront reconnaissants de votre questionnement/intervention à ce sujet, car ils veulent le meilleur pour leurs enfants.

3. Définition et formes de maltraitance infantile

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 la mort.

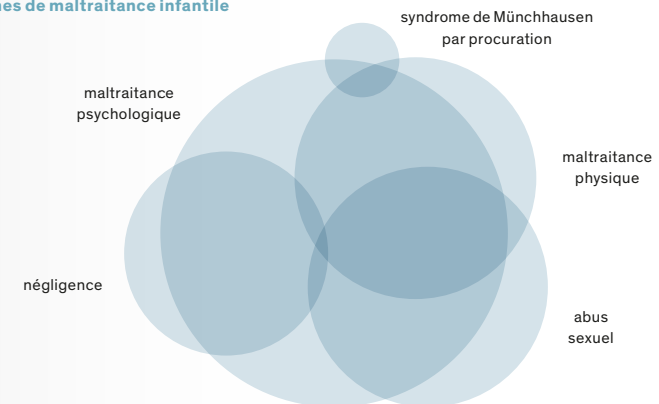
Formes de maltraitance infantile

Dans les milieux médicaux spécialisés, la maltraitance infantile est répartie en cinq catégories:

- Maltraitance physique
- Abus sexuel
- Maltraitance psychologique
- Négligence
- Syndrome de Münchhausen par procuration («fabricated or induced illness», maladie fabriquée ou induite)

La classification en différentes formes de maltraitance relève plus des statistiques et de la didactique mais n'est que faiblement pertinente en pratique: on est presque toujours en présence de plus d'une forme de maltraitance et les différentes catégories se chevauchent.

3 Formes de maltraitance infantile



3.1 Maltraitance physique

Il existe un large éventail de coups, de brûlures ou d'expositions à une substance bouillante, de contusions, de piqûres ou de secousses infligés à un enfant. Il en résulte des blessures de la peau, des tissus mous et des os. Parmi les lésions graves figurent notamment les affections cérébrales, les hématomes sous-duraux ou les hémorragies de la rétine, ainsi que les atteintes ORL ou des organes thoraciques et abdominaux.

Remarques d'ordre général

Les données, modes de comportement et constats suivants sont des indices généraux signant la présence d'une maltraitance infantile physique:

Recours tardif à l'aide médicale

Les enfants présentant des blessures ou états douloureux sérieux ne sont pas immédiatement conduits chez un médecin mais plus tard seulement, lorsque la situation rend la consultation médicale inévitable.

Incohérences dans l'anamnèse

- Les informations anamnestiques fournies sont invraisemblables, incompatibles avec le type de blessure (exemple: hématomes isolés en forme de stries sur la joue gauche, aucune autre lésion physique; explication fournie: chute de tricycle). La même personne explique différemment l'origine des blessures à divers moments (exemple: brûlure due à du thé bouillant puis plus tard à de la soupe chaude).
- Différentes personnes soi-disant présentes au moment de l'accident donnent des versions divergentes.

Blessures d'ancienneté différente

La présence de différentes blessures d'ancienneté différente (hématomes à divers stades de coloration, plusieurs fractures d'ancienneté variable) doit alerter surtout si seul un accident est signalé, ce qui est généralement le cas. N. B. les enfants actifs sur le plan moteur ont presque toujours plusieurs anciens hématomes aux endroits où l'on se cogne facilement (tibia!).

Changement de médecin injustifié/annulation de consultations

Le changement de médecin sans motif peut être le signe que les parents veulent cacher quelque chose. Les consultations pour examens de routine et/ou vaccination sont régulièrement annulées au dernier moment. La raison peut en être la présence d'hématomes ou d'autres blessures bénignes que le médecin ne doit pas voir.

Comportement inadéquat des parents/accompagnateurs

La méfiance est de mise si les parents ou l'accompagnateur se montrent peu impressionnés par des blessures relativement graves ou semblent peu concernés. N. B. les parents peuvent être tellement choqués par un accident qu'ils se retrouvent dans un état second psychologiquement et adoptent alors un comportement singulier ou étonnant.

Constats particuliers

A Lésions de la peau

Hématomes

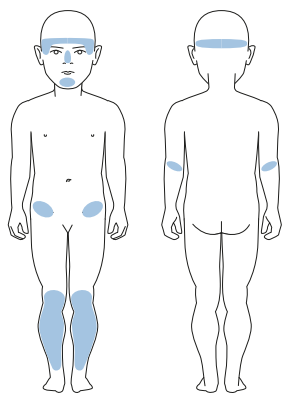
Les hématomes sont fréquents chez les enfants actifs sur le plan moteur. Déterminer la présence d'une maltraitance exige de prendre en compte les points suivants:

Age et stade de développement psychomoteur de l'enfant

Une certaine force est nécessaire pour provoquer un hématome: l'enfant doit tomber ou se heurter violemment pour qu'un hématome apparaisse sans intervention extérieure. Cela n'est possible que si l'enfant a atteint le stade de développement psychomoteur correspondant: les nourrissons ne peuvent pas avoir d'hématome sans intervention extérieure de même que les enfants alités ayant une motricité restreinte. Ainsi, les hématomes chez des enfants en bas âge (moins de 6 mois) doivent éveiller le soupçon de maltraitance et toujours faire l'objet d'un examen approfondi.

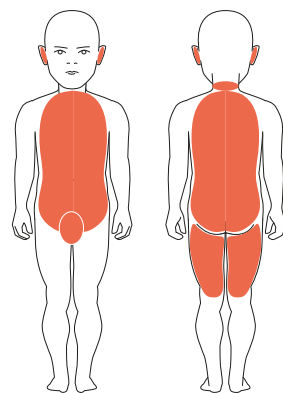
Localisation

Les hématomes **non suspects** quant à d'éventuels mauvais traitements se situent aux endroits où l'on se cogne facilement: front, pommette, nez, menton, coude, crête iliaque, genou, tibia (ill. 4 et 5).



4 Hématomes aux endroits où l'on se cogne facilement (enfant en bas âge apprenant à marcher: se heurte et tombe souvent)

Sont **suspects** en revanche les hématomes situés au sommet de la tête, au cou, à la nuque, à la poitrine, au dos, au ventre, aux fesses et sur les faces internes des membres. (ill. 6 et 7).



6 Localisations typiques d'hématomes causés par des maltraitements



5 Localisations typiques d'hématomes d'origine accidentelle



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

Age

Tous les hématomes issus d'un unique accident ont en règle générale la même couleur, mais ceci n'est qu'un principe de base: la quantité de sang accumulé et les tissus environnants ont une influence sur la coloration. Ainsi, des hématomes de couleurs différentes peuvent dater du même moment. A partir d'un certain âge, les enfants en bonne santé sur le plan moteur présentent souvent des hématomes de différentes couleurs (dus à des blessures bénignes répétées). Ils se situent dans ce cas aux endroits où l'on se cogne facilement! N. B. la fiabilité de la détermination de l'ancienneté des hématomes sur la base de leur coloration a été fortement remise en cause dernièrement. Une seule chose reste vraie: la coloration jaune signifie que l'hématome date de plus de trois jours.

Traces

Les traces que l'on peut attribuer à un objet ou à une partie du corps constituent presque une preuve de maltraitance, exemple: boucle de ceinture, bâton (= double trace linéaire), câble ou corde (= boucle), cintre, main/doigt, traces de morsure, etc. (ill. 8-10).

Trouble de la coagulation

En cas de trouble de la coagulation, l'appréciation des hématomes est bien entendu toute autre. Mais, les enfants présentant un trouble de la coagulation peuvent aussi subir des maltraitements!

Autres diagnostics différentiels

- > Taches mongoliques (parfois sur tout le dos, les bras, jusqu'au dos des mains)
- > Purpura de Schönlein-Henoch et autres vascularites
- > Lichen scléreux et atrophique



8 Traces de coups avec un câble électrique



9 Trace de gifle d'une grande violence



10 Trace de morsure humaine

- Mastocytose/urticaire pigmentaire
- Erythème noueux
- Malformations vasculaires et tumeurs
- Vergetures rouges

B Blessures d'origine thermique

Ebouillantage

La plupart des brûlures accidentelles occasionnées par un ébouillantage se produisent quand un enfant (en bas âge) fait tomber des boissons et des aliments très chauds de la table ou d'une étagère de cuisine. Cela nécessite que l'enfant ait atteint un certain stade de développement psychomoteur. Il existe des schémas d'ébouillantage typiques: la poitrine, le ventre, éventuellement les épaules et le menton sont touchés. Le degré de gravité diminue en direction crânio-caudale. Les cas d'ébouillantage se produisent aussi fréquemment quand les parents/la personne de référence portent le bébé dans

leurs bras ou le tiennent sur leurs genoux tout en ayant une boisson chaude dans l'autre main. L'ébouillantage dû à la maltraitance est en règle générale clairement délimité et est surtout localisé aux mains, aux pieds et aux zones ano-génitales. Ce sont des endroits où les enfants ne se brûlent pas sans l'intervention d'un tiers, hormis éventuellement aux mains et aux pieds, mais dans ce cas, la configuration est totalement différente (ill. 11 et 12).

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 se situent généralement dans la paume de la main ou sur la plante du pied; en cas de chute, les brûlures



11 Ebouillantage accidentel dû à une boisson très chaude que l'enfant a fait tomber de la table (tasse posée sur un set de table)



12 Ebouillantage occasionné par une maltraitance: les pieds ont été plongés dans de l'eau très chaude

sont souvent associées à d'autres blessures. Les traces laissées par des objets brûlants (gril, fer à repasser, cigarettes) éveillent toujours un soupçon de maltraitance.

Diagnostics différentiels

- Impétigo bulleux
- Epidermolyse staphylococcique aiguë
- Epidermolyse bulleuse
- Dermatoses phyto-toxiques
- Pratique thérapeutique populaire en Extrême-Orient (la peau est traitée à l'aide d'objets ou de cuillères très chauds pour combattre la fièvre: Cao Gio ou Cupping)

C Fractures

Le dépistage de fractures sur le squelette de l'enfant constitue un élément de poids pour établir le diagnostic de maltraitance infantile, surtout lorsque les fractures surviennent à un jeune âge parfaitement inhabituel ou que le mécanisme d'accident décrit ne concorde pas avec la fracture. Il convient de prendre en compte les facteurs suivants:

Éléments devant éveiller le soupçon de maltraitance:

- Toute fracture survenant avant le 1^{er} anniversaire
- Fractures du fémur avant le 4^e anniversaire
- Fractures de côtes chez les nourrissons et enfants en bas âge

- Fractures du crâne compliquées avec une hauteur de chute indiquée ≤ 1 mètre
- Fractures métaphysaires
- Multiples fractures d'ancienneté variable (avec indication d'un traumatisme unique)

Age/développement psychomoteur de l'enfant

Pour des raisons biomécaniques, l'enfant ne peut se faire une fracture via son activité propre qu'à partir du moment où il marche de manière autonome, ce qui n'est guère le cas durant la première année de vie. Les fractures survenues avant le 1^{er} anniversaire doivent donc être considérées comme très suspectes de prime abord et un examen attentif des circonstances montre qu'une fracture sur deux survenue avant le 1^{er} anniversaire est causée par la maltraitance. Certaines études qualifient même les fractures survenues avant le 4^e anniversaire de très suspectes; ces dernières requièrent dans tous les cas un questionnement précis de l'étiologie.

Fractures multiples/ancienneté variable des fractures

Après un accident, on observe une fracture unique dans 80% des cas, les enfants maltraités en revanche présentent en moyenne trois fractures. La présence de plusieurs fractures anciennes constitue un solide argument en faveur de maltraitements (répétés dans le temps).

Endroits privilégiés/type de fractures

Les fractures hautement suspectes chez les enfants en bas âge sont celles des côtes et des os longs tubulaires ainsi que les fractures métaphysaires et épiphysaires («fracture de Salter de type II» et «lésion en anse de seau») (ill. 13 et 14).

Déterminer à partir de quelle hauteur une chute peut occasionner des fractures crâniennes chez le nourrisson (chute de la table à langer p. ex.) fait l'objet de controverses. On admet comme principe de base qu'à partir d'une hauteur de chute de 1 mètre, des fractures du crâne simples, c'est-à-dire linéaires, qui ne croisent pas les sutures, peuvent se produire. 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

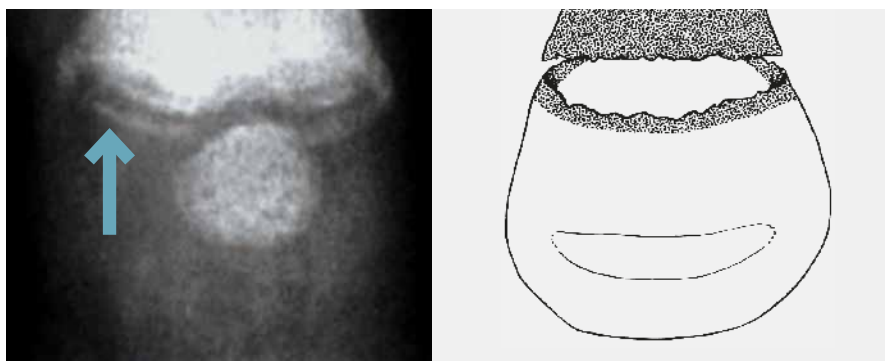
chute s'est produite d'une faible hauteur. Toujours est-il qu'une «chute de la table à langer» (hauteur de la table 80 à 90 cm) ne peut quasiment pas causer une fracture crânienne. Les fractures d'autres os du squelette après une «chute de la table à langer» sont encore plus rares.

Diagnostics différentiels

Les fractures occasionnées par un traumatisme très léger ou même survenues spontanément en raison d'une ostéopénie sont toujours citées comme potentiel diagnostic différentiel autre que la maltraitance.

Les états suivants peuvent être en cause:

- Ostéogenèse imparfaite
- Ostéopénie en cas de naissance extrêmement prématurée (<32 semaines de grossesse); premiers mois de la vie
- Ostéopénie due à l'inactivité (enfants incapables de marcher, handicapés)



13 Fracture métaphysaire («lésion en anse de seau»)

- Rachitisme
- Ostéopénie due à une lésion rénale

Il convient toutefois de garder à l'esprit que ces situations sont, soit clairement établies à l'anamnèse et à la clinique (naissance prématurée, rachitisme, inactivité, atteinte rénale), soit beaucoup plus rares que la maltraitance infantile (ostéogenèse imparfaite).

D Blessures internes

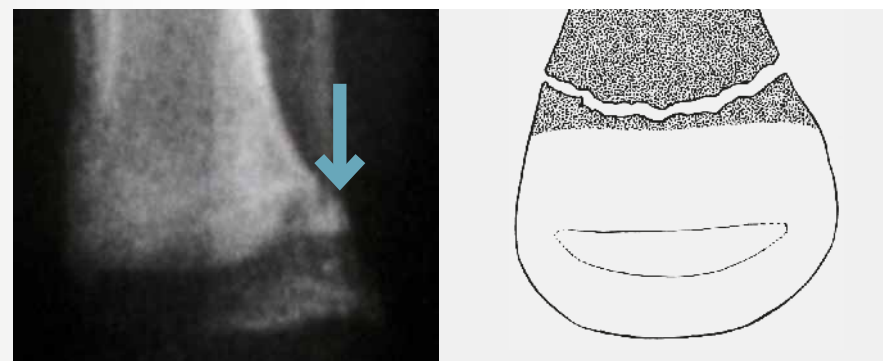
Les blessures internes entraînent généralement des tableaux cliniques graves nécessitant une hospitalisation immédiate. C'est la raison pour laquelle nous n'abordons ici que certaines blessures légères ainsi que le syndrome de l'enfant secoué, pour lequel l'accent est mis sur la prévention en cabinet (gestion d'un nourrisson qui pleure beaucoup).

Blessures dans la région ORL

Des nourrissons surtout présentant des saignements dans la bouche sont parfois amenés chez le médecin. Ceux-ci peuvent être occasionnés par des méthodes violentes pour nourrir l'enfant ou des coups sur la bouche.

Il en résulte:

- Lésions des muqueuses dans la cavité buccale/sur la langue
- Brûlures dans la cavité buccale/sur les lèvres
- Lacération de la lèvre supérieure et/ou du frein lingual
- Othématome
- Saignements de nez
- Hématomes, brûlures, marques de morsure sur le visage
- Dislocations et avulsions dentaires

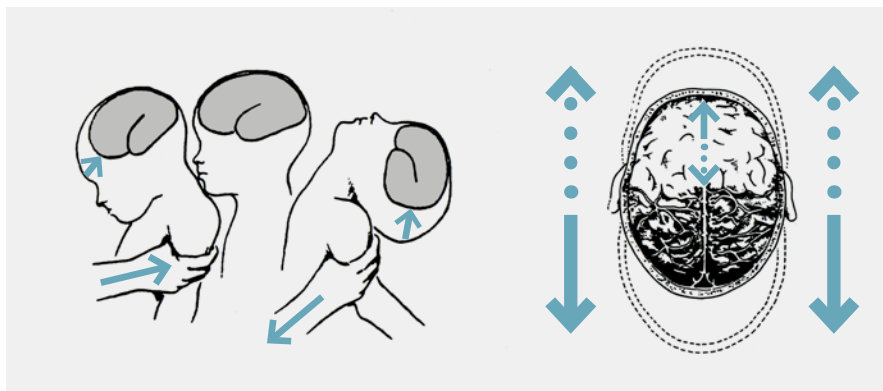


14 Fracture métaphysaire («fracture de Salter de type II»)

Syndrome de l'enfant secoué

Le syndrome de l'enfant secoué est une forme particulière de traumatisme crânien non accidentel («abusive head trauma»). Le fait de secouer, dans le sens sagittal, un 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 marques d'impact ni fractures). Les blessures caractéristiques sont des hématomes sous-duraux («shearing injuries») dans le parenchyme cérébral (ce qui entraîne une pression intracrânienne accrue et constitue un facteur de préjudice supplémentaire) ainsi que des saignements de la rétine et/ou du corps vitré (ill. 15).

Ce phénomène concerne les nourrissons, les garçons davantage que les filles, avec un pic de fréquence à l'âge de 5 mois. Le facteur déclenchant est en règle générale les pleurs (fréquents) du nourrisson (c'est pourquoi les garçons sont plus souvent affectés). Le tableau clinique se compose des trois symptômes typiques: conscience diminuée (irritabilité à coma), trouble respiratoire (bradypnée à apnée) et convulsions. Le pronostic est extrêmement défavorable. 20 à 25% des enfants meurent des suites du traumatisme, ceux qui survivent restent presque sans exception handicapés à des degrés divers.



15 Mécanisme du syndrome de l'enfant secoué

E Remarques sur la mutilation génitale féminine

Certains types de circoncision féminine¹ (infibulation, excision, diverses formes d'incision) peuvent être décelés facilement lors de l'examen génital de la petite fille, comme l'absence de clitoris et/ou des petites lèvres ainsi que la suture des bords de la vulve. Les incisions moins marquées ou les «formes minimales» d'excision (grattage du clitoris jusqu'à l'apparition d'une goutte de sang) ne sont généralement pas détectées lors d'un examen. En cas de résultat incertain, il convient d'adresser la petite fille à un gynécologue pédiatrique expérimenté.

La situation juridique est claire en Suisse: la circoncision des petites filles est une lésion corporelle grave passible d'une peine et les parents qui organisent ou autorisent cette infraction sont également passibles de poursuites, même s'ils font pratiquer la circoncision à l'étranger. Cependant, de telles situations sont extrêmement délicates à gérer: consultez un service spécialisé² existant en Suisse, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ou un organisme de protection de l'enfance.

¹ L'OMS distingue aujourd'hui les formes d'excision féminine suivantes (mutilation génitale féminine MGF/female genital mutilation FGM):

- A** (Type 1 «Clitoridectomie»): 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.

² Réseau de lutte contre l'excision féminine en Suisse: www.excision.ch/reseau. Pour plus d'information, voir: Réseau suisse contre l'excision (édit. 2020). Excision et protection de l'enfance. Guide à l'usage des professionnels.le.s.

3.2 Négligence

Le terme de négligence désigne la non-satisfaction des besoins de l'enfant en matière d'alimentation, d'hygiène, d'habillement, d'éducation, d'assistance et de surveillance. Cela s'exprime notamment par une prise de poids insuffisante voire même inexistante (surtout chez les nourrissons), des soins médiocres de la peau et des dents ainsi que des habits inadaptés.

La négligence affective également relève de cette forme de maltraitance. La négligence peut être consciente ou non; elle est souvent inconsciente lorsque les parents eux-mêmes sont stressés et dépassés par leur rôle de parent (p. ex. en cas de toxicomanie, de maladie psychique, de charge de travail importante, de situation financière compliquée). On parle enfin de négligence éducative lorsque les enfants sont livrés à eux-mêmes alors qu'ils n'en ont pas l'âge, qu'ils ont accès à des stupéfiants ou peuvent consommer des médias électroniques sans aucun contrôle.

Un manque de surveillance peut entraîner des blessures physiques (chute dans l'escalier, brûlures, ébouillantage, etc.) mais aussi l'empoisonnement par des médicaments ou d'autres substances toxiques. Les signes de négligence peuvent se manifester par exemple sous forme de caries très importantes, de fréquentes consultations en urgence en raison de douleurs ou de nombreuses consultations manquées et annulées.

La non-conformité dans le sens du non-respect des indications de traitement en cas de maladie physique ou psychique constitue aussi une forme de négligence. Celle-ci peut aller jusqu'à un refus total des traitements (de médecine conventionnelle) avec des conséquences graves pour la santé de l'enfant pouvant aller jusqu'à son décès.

3.3 Maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique est un type de maltraitance souvent difficile à repérer mais qui a des répercussions tout aussi importantes que les autres formes. On parle de maltraitance psychologique lorsque l'enfant subit continuellement une attitude négative et destructrice des personnes chargées de son éducation avec rabaissement continu (insultes, brimades, humiliations, menaces) et supporte des appréciations négatives répétées qui diminuent durablement l'estime de soi de l'enfant. Parallèlement, des sentiments négatifs à l'égard de son avenir sont continuellement communiqués à l'enfant.

Une part importante de la maltraitance psychologique concerne les enfants contraints d'assister aux altercations verbales, psychologiques ou physiques de leurs parents. Ces mineurs sont considérés comme souffrant de maltraitance psychologique même s'ils ne sont pas directement impliqués dans la survenance des conflits (violence domestique ou témoin de violence conjugale).

3.4 Abus sexuel

Le terme «abus sexuel» désigne l'implication d'enfants ou d'adolescents dans des actes sexuels auxquels ils ne peuvent pas donner leur consentement conscient ou qu'ils ne comprennent pas, compte tenu de leur stade de développement ou dans des actes sexuels violant les tabous sociaux.

L'abus sexuel peut prendre des formes très diverses, notamment (liste non exhaustive):

- Agressions via les médias électroniques
- Exhibitionnisme, voyeurisme
- Attouchements dans la région génitale
- Exigence de se faire masturber ou caresser
- Attentat à la pudeur
- Confrontation à la pornographie
- Incitation à la prostitution
- Pénétration anale, orale et vaginale

Conduite à tenir initiale suite à un abus sexuel présumé

En cas de gestion d'une situation d'abus sexuel, les professionnels responsables de ces questions doivent déterminer si un examen physique (génital) de la victime est indiqué. Si l'agression présumée date de moins de 72 heures, l'examen doit avoir lieu sans délai, car les traces de l'abus sont les plus susceptibles d'être identifiées dans ce laps de temps. Les patientes ou

patients capables de discernement doivent donner leur consentement à l'examen.

La définition large de l'abus sexuel, qui bien souvent ne correspond pas à la pénétration vaginale ou anale, a pour effet que les constats physiques sont extrêmement rares après une agression sexuelle. Si certains signes peuvent être décelés, ils sont souvent si peu apparents que seul un spécialiste expérimenté peut faire la différence entre des constats non spécifiques et certaines variantes de la norme. Il convient d'adresser l'enfant à un tel spécialiste après un abus sexuel présumé. Seuls des pédiatres ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie ainsi que des gynécologues chargés régulièrement de tels constats chez les enfants peuvent être considérés comme des spécialistes expérimentés. Outre l'expérience, ils doivent avoir la possibilité d'effectuer et de documenter un examen coloscopique.

En cas de soupçon d'abus sexuel, la transcription des déclarations de la personne concernée revêt une grande importance. La consignation par écrit doit respecter le langage original (c'est-à-dire mot pour mot, le cas échéant) et préciser la situation au moment où l'enfant s'exprime (pendant la consultation, en sortant, dans la salle

d'attente en présence d'autres personnes, le comportement de ces autres personnes, etc.). Le médecin doit se limiter strictement à cette consignation, il ne doit en aucun cas «interroger» l'enfant quant à d'éventuelles agressions sexuelles, cette tâche est uniquement et exclusivement réservée au spécialiste de l'autorité compétente (en vertu de l'art. 154, al. 4 let. d CPP). Il est connu que des «interrogatoires préalables» peuvent influencer le comportement des enfants lors de la déclaration. Le médecin ne rend par conséquent pas service à l'enfant en le soumettant à un tel interrogatoire. Il faut veiller à avoir une attitude attentive et empathique lors du premier contact après une expérience traumatisante comme une agression sexuelle.

L'abus sexuel se manifeste bien plus souvent par un changement de comportement de la victime que par des symptômes physiques (voir ci-dessous). Ce changement est cependant non spécifique et il peut avoir nombre d'autres causes.

Diagnostiques différentiels

Constats particuliers dans la région ano-génitale à distinguer de l'abus sexuel:

- Lichen scléreux et atrophique génital
- Dermatitis périnéale streptococcique
- Condylomes acuminés ano-génitaux¹

¹ Conduite à tenir possible en cas de condylomes acuminés ano-génitaux:

– Jusqu'au 3^e anniversaire, les condylomes acuminés peuvent avoir été transmis au moment de la naissance (en cas d'accouchement par voie basse); 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'un abus sexuel.

– Les papillomavirus peuvent être transmis dans la zone ano-génitale 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 condylomes acuminés laisse fortement suspecter une agression sexuelle. Il est indiqué de faire des investigations approfondies dans ce sens. Demandez conseil à un organisme de protection de l'enfant.

– La détermination du type de papillomavirus ne permet pas d'éclaircir les choses: même si l'on a cru longtemps qu'il existait des types «spécifiques transmis sexuellement», les publications spécialisées récentes n'en fournissent pas la confirmation.

3.5 Syndrome de Münchhausen par procuration

Les parents concernés (généralement des mères) donnant souvent une image très positive d'eux-mêmes au personnel médical, inventent des symptômes que leur enfant soi-disant présente (fièvre, crampes, saignements, etc.) ou les déclenchent par les manipulations les plus diverses. Ces personnes semblent/sont souvent compétentes sur le plan médical. Ce comportement donne lieu à de nombreuses investigations et interventions médicales inutiles. Le parent concerné se trouve au centre de l'attention en sa qualité de personne préoccupée par la santé de son enfant dont personne ne connaît la maladie et qui par conséquent ne peut pas être aidé. Il en retire un bénéfice secondaire à la «maladie». La plupart des personnes agissant de cette manière présentent une pathologie psychiatrique grave, souvent liée à leur propre expérience en tant que victimes de maltraitance ou d'un syndrome de Münchhausen par procuration (synonyme: «fabricated or induced illness» et «medical child abuse»).

Concrètement, si dans le cadre de la prise en charge d'un enfant vous êtes confronté à la description continue de nouveaux symptômes pathologiques – et à la disparition des anciens symptômes sans traitement et de manière inexplicable –, pensez à ce syndrome. En particulier si les symptômes sont inhabituels (p. ex. un nourrisson qui présente régulièrement un saignement à quelques semaines d'intervalle, une fois buccal, puis vaginal, une hémoptysie, un saignement anal) et tout particulièrement si le résultat est normal à chaque fois (dans l'exemple ci-dessus: aucune trace de sang, hémoglobine normale, coagulation sanguine normale, etc.). Il en va de même pour les tableaux cliniques que vous-même et des médecins expérimentés n'ont encore jamais rencontrés: soit vous avez découvert une nouvelle maladie (ce qui est assez rare à l'heure actuelle), soit il s'agit d'un syndrome de Münchhausen par procuration. Si vous nourrissez ce soupçon, vous êtes confronté à l'une des situations médicales les plus ardues: cherchez immédiatement conseil auprès d'un organisme de protection de l'enfance d'une clinique pédiatrique pour savoir comment procéder. Il ne faut jamais confronter la mère ou d'autres membres de la famille au préalable.

3.6 Les comportements particuliers comme indice de maltraitance infantile

Le concept de l'étude ACE (Adverse Childhood Experiences) repose sur le principe que les expériences négatives vécues durant l'enfance (ACE) sont à mettre en corrélation avec la qualité de vie future, soit à l'âge adulte. Les ACE sont toutes les expériences négatives qu'un enfant a subies: toutes les formes de maltraitance infantile mais aussi l'expérience de la guerre ou de catastrophes. De nombreuses études ont permis de démontrer que les ACE ont des répercussions multiples sur la vie future, aussi bien sur le plan somatique que psychologique et économique. Les comportements particuliers pendant l'enfance en font partie. Ils sont la conséquence des traumatismes vécus et traduisent la manière dont l'enfant fait face à cette situation. De même que les enfants disposent de facteurs protecteurs extrêmement différents (résilience), les changements de comportement peuvent eux aussi être très variables – même pour des traumatismes comparables; ils dépendent en outre de l'âge de l'enfant ainsi que de la position et de la relation liant l'auteur de l'acte à l'enfant.

Les comportements particuliers comme indice de maltraitance ne sont pour ainsi dire jamais spécifiques d'un type de traumatisme: il est possible que dans le contexte d'un divorce conflictuel, qui représente un traumatisme psychique pour l'enfant, les symptômes soient les mêmes qu'après un abus sexuel chronique, un harcèlement continu à l'école ou le décès de l'un des parents. 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. L'intervention d'un spécialiste du domaine de la psychologie ou de la psychiatrie est toujours judicieuse dans de telles situations.

Possibles symptômes psychosomatiques

- Troubles du sommeil
- Troubles alimentaires (prise ou perte de poids)
- Douleurs chroniques au ventre, à la tête
- Enurésie

Symptômes/réactions psychologiques possibles

- Réaction dépressive, repli sur soi, adaptation
- Absence de distanciation, peur du 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, consommation de drogue
- Tendances suicidaires
- Fugues, mensonges, refus de l'effort, délinquance
- Régression pour adopter le comportement d'un stade de développement antérieur
- Résultats scolaires en baisse

Possibles conséquences psychologiques à long terme

- Difficulté à établir une relation
- Trouble du développement de la personnalité
- Arrêt du développement, trouble de la croissance
- Troubles du langage, de la concentration et de l'attention
- Recours à la violence à l'âge adulte dans le rôle de parent

4. Documentation

Documentation de la situation aigüe

Déclarations

Particulièrement en cas d'abus sexuel, mais aussi en présence d'autres formes de maltraitance infantile, les propos de l'enfant revêtent une importance majeure. Les déclarations spontanées faites à ce sujet doivent donc être immédiatement retranscrites fidèlement dans le dossier du patient, en reprenant les mots de l'enfant, en précisant dans quel contexte il a tenu ces propos (lors de l'examen abdominal ou génital) et en citant la ou les personnes présentes (père, mère, tiers). Les réponses à une question posée peuvent aussi avoir de l'importance; il convient dans ce cas de préciser, outre les circonstances mentionnées ci-dessus, quelle en a été la formulation et qui l'a posée.

L'enregistrement audio ou vidéo des déclarations de l'enfant n'a aucune valeur exploitable juridiquement et peut même interférer avec les interrogatoires formels menés par la suite par les autorités judiciaires (voir ci-dessous).

Constats

La documentation de constats visibles n'a de sens que si elle est précise et révélatrice. Elle est dans ce cas d'une valeur inestimable, précisément car les signes apparents sur les muqueuses et la peau

guérissent ou changent énormément en peu de temps. La documentation peut comporter des photographies, des dessins ou des vidéos.

Documentation de la situation à distance

Au cours du suivi à long terme d'un enfant concerné par la maltraitance et de sa famille, il arrive régulièrement que le pédiatre s'étonne des propos et constats et soit intérieurement perplexe. Sur le moment, il n'y a généralement pas de motif suffisant pour émettre des soupçons, et bien souvent, le sentiment de malaise se manifeste seulement une fois la famille repartie. De tels constats, pensées et sentiments doivent être consignés dans le dossier du patient, dans une couleur différente peut-être ou accompagnés d'une marque spécifique: chacun utilisera sa propre méthode. La plupart de ces notes ne seront plus jamais consultées et lues car la situation suspecte n'aura lieu qu'une fois. Si le soupçon se répète, les anciennes notes seront d'une aide précieuse et elles seules permettront d'objectiver et de cerner un événement généralement complexe. Cela est particulièrement vrai lorsque les parents coupent tout contact.

5. Conduite à tenir

Objectif et principe de base de la protection de l'enfant

L'objectif de tous les efforts est d'éviter une mise en danger ou une atteinte du bien de l'enfant ou d'y mettre un terme. Les méthodes pour atteindre ce but sont nombreuses mais chacune d'elle doit être évaluée au cas par cas. Les solutions standard ne sont jamais utiles et ne servent pas l'objectif visé. Il convient de chercher la meilleure solution dans le cas donné avec l'aide de personnes expérimentées, selon le principe de base «jamais seul(e)». Si la mise en danger revêt un caractère d'urgence, la protection immédiate de l'enfant constitue la première mesure à prendre.

5.2 Que faire concrètement en cas de soupçon

Si le soupçon a déjà été une fois éveillé, c'est bien que quelque chose a dû se produire, car nous avons tous tendance à refouler ou minimiser de prime abord la perception de maltraitance d'un enfant. Le soupçon doit par conséquent être pris au sérieux, il faut l'accepter et agir.

Agir signifie:

- Réunir la documentation antérieure ou actuelle, faire le tour de la question et essayer d'y voir clair soi-même

- Prendre contact avec un centre spécialisé/de consultation expérimenté dans les procédures de cas de maltraitance infantile. De tels organismes existent dans toute la Suisse.¹ Le conseil peut se faire sous couvert d'anonymat, c'est-à-dire sans citer le nom de la patiente ou du patient. Il n'y a donc pas (encore) lieu de s'interroger sur une éventuelle violation du secret professionnel.

En collaboration avec ce centre spécialisé/de consultation, la conduite à tenir sera définie, surtout en ce qui concerne les questions suivantes:

- L'enfant nécessite-t-il une protection d'urgence (p. ex. en l'hospitalisant)?
- Faut-il exprimer son soupçon à l'égard des parents ou non?
- Faut-il impliquer les autorités (autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ou autorités judiciaires)? N. B. si une plainte au pénal est de l'ordre du possible, et même si la probabilité est infime, les auteurs présumés ne doivent pas en être informés! Il en va de même pour les personnes dont le silence à l'égard des suspects n'est pas garanti.

La procédure choisie doit être consignée dans le dossier patient ou dans des notes distinctes.

¹ www.aide-aux-victimes.ch

6. Facteurs de risque

La maltraitance infantile est toujours causée par des facteurs multiples et n'est jamais le résultat d'un facteur de stress ou de risque unique. L'addition de plusieurs facteurs de risque conduit à une trop grande sollicitation avec une tolérance au stress réduite, une perte du contrôle et l'incapacité de cerner les besoins de l'enfant et/ou d'y répondre. Cela est valable pour toutes les formes de maltraitance hormis l'abus sexuel, pour lequel le profil de l'agresseur et la dynamique sont entièrement différents.

Les facteurs de risque les plus fréquents

Facteurs parentaux

- Isolation sociale, marginalisation
- Difficultés financières (en matière de travail/logement)
- Grossesse non désirée
- Maternité très précoce
- Naissances rapprochées
- Insécurité sociale et/ou affective
- Propre expérience de maltraitance
- Toxicomanie
- Maladie/particularité psychologique (dépression post-partum)

- Maladie chronique de l'un des parents
- Délinquance de l'un des parents
- Conflits de couple, séparation, divorce
- Violence domestique
- Châtiment corporel admis comme moyen éducatif
- Pression démesurément élevée de l'attente des parents

Facteurs infantiles

- Naissances multiples
- Naissance extrêmement prématurée
- Bébé pleurant beaucoup
- Enfant ayant un comportement alimentaire problématique
- Enfant ayant des troubles du sommeil
- Enfant handicapé
- Enfant souffrant d'une maladie chronique

7. Situation juridique en Suisse

Auteure: **Roxanne Falta**

Le système de protection de l'enfance en Suisse

La protection de l'enfance est un terme générique aussi utilisé dans les dispositions légales visant à protéger les enfants de tout dommage et de tout préjudice. L'idée fondamentale au cœur du système de protection de l'enfance est que la responsabilité du bien-être de leur enfant incombe aux parents. Garantir **le bien de l'enfant** est le principe prioritaire du droit de l'enfant et doit être pris en compte dans tous les domaines concernant le mineur.

Les parents doivent dès lors créer les conditions-cadres qui permettront à l'enfant de se développer le mieux possible sur les plans physique, psychologique, mental et social. Les parents se voient confier des droits mais aussi des devoirs de façon à ce qu'ils puissent prendre les décisions nécessaires le concernant, l'élever, le représenter et gérer ses biens.

Protection de l'enfant fondée sur la participation volontaire

S'il existe à l'égard de l'enfant ou de la famille des incertitudes générales ou des sollicitations excessives auxquelles les parents ne peuvent plus faire face, une

aide extérieure s'avère nécessaire. Si les parents acceptent cette offre de soutien externe des centres de consultation sur une base volontaire, cela peut être suffisant pour garantir le bien de l'enfant. On parle alors de protection de l'enfant fondée sur la participation volontaire, laquelle englobe notamment le conseil éducatif, les conseils aux mères et aux pères, les prestations des services sociaux ou les services psychiatriques à destination des enfants et des adolescents. Il n'est pas rare que ces mesures de soutien de faible intensité évitent le recours aux mesures de protection civile des enfants.

Protection de l'enfant en droit civil

Lorsque la protection de l'enfant fondée sur la participation volontaire n'a plus d'effet et que les parents n'assument plus (ou ne sont plus capables d'assumer) leur responsabilité pour garantir pleinement le bien de l'enfant, celui-ci peut être mis en danger. Il est du devoir de **l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA)** de clarifier de telles mises en danger et, le cas échéant, d'ordonner des mesures afin d'empêcher une aggravation de la situation et éventuellement un préjudice futur pour l'enfant. Il est particulièrement important que les autorités

de protection de l'enfance soient informées déjà à un stade précoce des possibles mises en danger. Contrairement à la protection de l'enfance en droit pénal, il n'est pas question de mise en accusation (p. ex des parents) en matière de droit civil.

Les mesures de protection de l'enfance du CC sont indépendantes de la faute et n'ont pas un caractère punitif. Elles visent à contrecarrer la mise en danger du bien de l'enfant et à soutenir et renforcer le mieux possible le système familial.

Réglementation en matière de signalement pour les médecins (art. 314c al. 2 CC en rel. avec l'art. 321 CP)

Si un médecin constate lors d'un examen que le bien de l'enfant ou son développement peut être mis en danger ou est en danger, il doit envisager un signalement à l'autorité de protection de l'enfance.

Les médecins ont le droit de transmettre les données de leurs patients dans les conditions suivantes uniquement:

- si le patient a donné son consentement (lorsqu'il s'agit d'un enfant, c'est en règle générale l'accord des personnes investies de l'autorité parentale qui est demandé, ce qui peut s'avérer difficile à obtenir suivant la volonté de coopérer des parents

ou ne pas être favorable au bien de l'enfant selon le cas de figure) ou

- si l'autorité supérieure délègue le médecin du secret professionnel. Cela représente un certain effort administratif qui peut régulièrement conduire à des retards et éventuellement à une détérioration croissante de la situation de l'enfant ou
- si une loi prévoit la transmission de données (le droit d'aviser ou l'obligation d'aviser est stipulé par une loi).

Avec l'introduction de l'art. 314c al. 2 CC, une nouvelle réglementation relative au **droit de signalement médical** en matière de protection de l'enfance a vu le jour (en vigueur depuis le 1.1.2019). Cet article prévoit que les médecins sont habilités à transmettre des informations sous forme de signalement à l'APEA **sans devoir au préalable se faire délier du secret professionnel** ou obtenir le consentement de la patiente ou du patient. **Il n'existe pas d'obligation générale d'aviser (relevant du droit fédéral).**

Attention: les cantons ont le droit de promulguer leurs propres dispositions de signalement. C'est la raison pour laquelle il existe dans **certains cantons une obligation d'aviser pour les médecins** (et parfois aussi pour les auxiliaires, voir les pages suivantes), s'ils ont connaissance d'un enfant en danger.¹

¹ Un aperçu des dispositions d'aviser cantonales est disponible à l'adresse: www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/melderechte-und-meldepflichten; dernière consultation le 1^{er} octobre 2019

La violation d'une obligation d'aviser n'est pas passible d'une peine en soi. Si aucun signalement n'a été fait en dépit d'une obligation d'aviser et qu'il y a préjudice, une infraction par négligence peut devenir pertinente (art. 11 al. 2 CP). La condition préalable est que le préjudice subi par une victime du fait de l'infraction aurait avec une probabilité proche de la certitude pu être évité grâce au signalement à l'APEA.

En principe, un signalement ne doit avoir lieu qu'après une prise en compte détaillée des **intérêts respectifs**, laquelle doit être effectuée par le médecin impliqué. Celui-ci doit toujours vérifier si le signalement permet de conserver ou de restaurer le bien de l'enfant. Garantir le bien de l'enfant est dans tous les cas prioritaire. Il est possible que la relation de confiance entre le médecin et l'enfant ou ses parents soit mise à mal par le dépôt d'un signalement. Cela peut dans certaines circonstances constituer une mise en danger supplémentaire pour l'enfant (dans le sens où les parents peuvent par exemple refuser d'amener l'enfant chez le médecin à l'avenir ou changer constamment de praticien à cause du signalement). Lors de cette prise en compte des intérêts respectifs, les intérêts d'autres enfants potentiellement concernés par la mise en danger (p. ex. les frères et sœurs) doivent aussi être considérés. Selon le cas de figure, il peut aussi être utile d'obtenir l'accord de l'enfant concerné, qui est capable de discernement, et d'in-

former ses parents du signalement. Il est recommandé de documenter le déroulement de cette prise en compte des intérêts respectifs ainsi que de la décision prise en faveur ou non d'un signalement.

Si, après avoir soupesé les intérêts, le médecin en vient à la conclusion qu'un rapport est plus bénéfique que nuisible à l'enfant, il peut soumettre un rapport à l'autorité de protection de l'enfant du lieu de résidence de l'enfant. Si, dans une situation d'urgence, il est impossible de déterminer le lieu de résidence de l'enfant, le signalement peut aussi être fait auprès de l'autorité de protection de l'enfant de son lieu de séjour. L'objet du signalement comprend les données d'identification de l'enfant et de sa famille ainsi que l'ensemble des faits et observations qui donnent à penser que le bien d'un enfant ou son développement est mis en danger.

Dès lors qu'un signalement est transmis à l'APEA, une procédure est ouverte. Celle-ci a pour objet d'investiguer et d'examiner la situation de l'enfant afin de déterminer s'il y a effectivement une mise en danger du bien de l'enfant et dans quelle mesure la famille peut être aidée. Une décision est prise à l'issue de cette procédure et les éventuelles mesures de soutien de la famille ou de protection de l'enfant sont appliquées.

Assistants médicales, assistants médicaux et autres auxiliaires

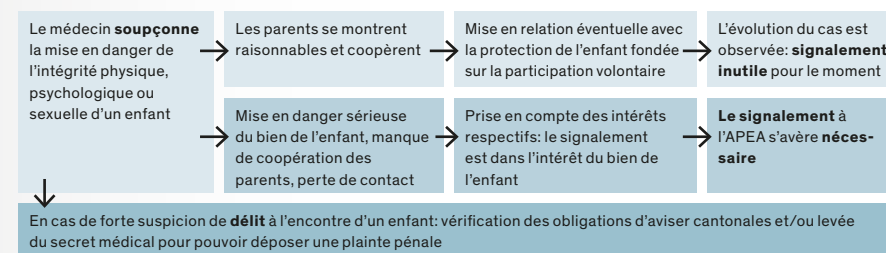
Les professionnels qui aident les médecins dans leur activité (p. ex. infirmières ou infirmiers, assistantes médicales ou assistants médicaux, ergothérapeutes et physiothérapeutes, etc.) sont dénommés «auxiliaires» au sens juridique du terme. Ils **ne** sont **pas** soumis au même droit de signalement que les médecins. Comme les médecins, les auxiliaires sont soumis au secret professionnel protégé par le droit pénal (art. 321 CP). Si un auxiliaire souhaite soumettre lui-même un signalement, il doit se faire délier de l'obligation de garder le secret par l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance. En pratique, il est courant que les auxiliaires fassent part de leurs observations et informations aux médecins. Ces derniers doivent alors considérer ces informations et prendre en compte les intérêts respectifs afin de décider s'il convient ou non de soumettre un signalement.

Protection de l'enfant en droit pénal

Alors que le droit civil s'applique dès qu'il y a une «possibilité sérieuse de préjudice du bien de l'enfant», le droit pénal n'intervient que lorsque les soupçons d'une atteinte pertinente au droit pénal sont suffisants. L'obligation de déclaration pour les médecins est soumise aux lois cantonales (généralement la loi sur la santé). Il existe ainsi une obligation d'aviser dans presque tous les cantons en cas de mort suspecte. En l'absence d'obligation d'aviser ou de déclarer, le médecin est lié par le secret professionnel en droit pénal. S'il décide de soumettre un signalement, il doit se faire délier du secret professionnel.

Les enquêtes dans les procédures pénales sont menées par la police et/ou le ministère public, qui a pour tâche explicite de conduire des entretiens avec les enfants.

Déroulements possibles en cas de mise en danger du bien de l'enfant:¹



¹ En référence aux «Recommandations pour la coopération entre le corps médical et l'APEA», autorités de protection des enfants et des adultes du canton de Zurich

8. Informations et références complémentaires

Informations

Organismes spécialisés dans la protection de l'enfance et la médecine:

Groupe de protection de l'enfant des cliniques pédiatriques suisses

Association de cliniques pédiatriques responsables de la protection de l'enfant dans toute la Suisse. Le groupe publie les statistiques annuelles nationales des cas de maltraitements d'enfants répertoriés dans les cliniques pédiatriques et a également pour objectif d'améliorer la protection de l'enfant en Suisse.
www.pediatriesuisse.ch

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM)

Sous-spécialité de la pédiatrie comprenant plusieurs domaines de la médecine qui sont de plus regroupés dans le but de promouvoir le travail médical scientifique, clinique et pratique dans le domaine de la détection précoce de la violence à l'encontre des enfants et des adolescents; élaboration de directives en matière de protection médicale des enfants; promotion des groupes de protection de l'enfance. www.dgkim.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) Association faîtière des sociétés de médecine des enfants et des adolescents www.dakj.de

Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH)

Filiale de l'association internationale World Association for Infant Mental Health (WAIMH) www.gaimh.org

The National Center on Shaken Baby Syndrome

Ressources, conférences, informations, programmes de prévention et documents concernant le syndrome de l'enfant secoué
<https://dontshake.org/>

The Shaken Baby Alliance

Sources et aides relatives au syndrome de l'enfant secoué <https://shakenbaby.org>

Organismes spécialisés dans la protection de l'enfance:

En Suisse

Protection de l'enfance Suisse

Fondation de droit privé, indépendante, active dans toute la Suisse. En sa qualité d'organisation professionnelle d'utilité collective, elle se mobilise pour que tous les enfants de Suisse soient protégés et que leur dignité soit préservée au sens de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.
www.protectionenfance.ch

Fondation Enfants & Violence

Fondation suisse qui soutient des projets de prévention, de détection précoce et de lutte contre les maltraitements infantiles ainsi que le conseil, la prise en charge et le traitement des enfants maltraités.
<http://www.kinderundgewalt.ch>

UNICEF Suisse et Liechtenstein

www.unicef.ch

ECPAT Switzerland

L'agence est rattachée à la Fondation protection de l'enfance Suisse et lutte contre la prostitution des enfants, la pornographie infantile et la traite des enfants.
www.kinderschutz.ch/de/ecpat.html

A l'international

International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPCAN)

Organisation mondiale interdisciplinaire de protection de l'enfance www.ispcan.org

American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)

Organisation faîtière interdisciplinaire américaine de protection de l'enfance
www.apsac.org

Association of Child Protection Professionals

Organisation interdisciplinaire britannique de protection de l'enfance
www.childprotectionprofessionals.org.uk

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V. (DGfPI)

Société interdisciplinaire allemande pour les professionnels qui s'occupent de maltraitance physique et psychologique, d'abus sexuel et de négligence d'enfants; organisation nationale partenaire d'ISPCAN.
www.dgfpi.de

Deutscher Kinderschutzbund

Association fédérale défendant les droits de tous les enfants et adolescents en Allemagne dans le but de créer une société accueillante pour les mineurs favorisant le développement mental, psychologique et physique des enfants et adolescents
www.dksb.de

Centres de consultation :

Aide aux victimes Suisse

Répertoire des centres de consultation et d'aide aux victimes: conseil gratuit, confidentiel et anonyme dans toute la Suisse. www.aide-aux-victimes.ch

Elternnotruf

Conseil 24h/24 aux mères et pères ayant besoin d'aide <https://elternnotruf.ch/> (seulement en allemand)

Conseils et aide 147

Conseil gratuit et confidentiel pour les enfants et adolescents. www.147.ch

Références complémentaires

- Hermann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Thyen, U. Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2016
- Fegert, J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Liebhardt, H. (Hrsg.). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich, Ulm 2015
- Freund, U., Riedel-Breidenstein, D. Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention, Köln 2004
- Eckert, A., in: Niggli, M. A./ Wiprächtiger, H. (Hrsg.). Basler Kommentar Strafrecht II, 4. Auflage, Basel 2018
- Message concernant la modification du Code civil (Protection de l'enfant) du 15 avril 2015
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94. doi: 10.1080/00207594.2012.697165
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79–101. doi: 10.1177/1077559511403920

9. Recommandations

FMH Fédération des médecins suisses
www.fmh.ch



Pédiatrie Suisse
Société Suisse de Pédiatrie
www.pediatricsuisse.ch



Kinderärzte Schweiz
Association professionnelle
de la pédiatrie ambulatoire
www.kinderaerzteschweiz.ch



mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse
www.hausaerzteschweiz.ch



Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique
www.swiss-pediatricsurgery.org



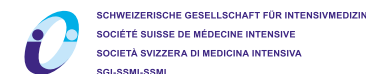
Société Suisse de Psychiatrie
et Psychothérapie d'Enfants
et d'Adolescents (SSPPEA)
www.sgkjpp.ch



Société Suisse de Néonatalogie
www.neonet.ch



Groupe d'intérêts Médecine intensive
pédiatrique et néonatale (GI-MIPN)
de la SSMI www.sgi-ssmi.ch



**Association Suisse de Médecine Dentaire
Pédiatrique (SVK ASP)**

www.kinderzahn.ch

SVK·ASP

Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin
Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique
Associazione Svizzera di Odontoiatria Pediatrica

**Société Suisse de Médecine Interne
Générale (SSMIG)**

www.sgaim.ch

SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Interne Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

gynécologie suisse

Société suisse de gynécologie
et d'obstétrique (SSGO)

www.sggg.ch

**gynécologie
suisse**

**Société Suisse de Dermatologie
et Vénérologie (SSDV)**

www.derma.ch

**sgdv
ssdv**

**Société Suisse de Psychiatrie
et Psychothérapie (SSPP)**

www.psychiatrie.ch/sspp

PSY & ASA SGPP Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SSPP Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SSPP Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia

**Association suisse des professionnels
de médecine ambulatoire (ASA)**

www.sva.ch

ASA Association suisse
des professionnels de la
médecine ambulatoire

**Foederation Medicorum Chirurgicorum
Helvetica (FMCH)**

www.fmch.ch

FMCH



Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera





Les enfants qui subissent la violence physique, psychologique ou sexuelle ou qui sont en danger en raison de méthodes d'éducation défavorables peuvent être repérés à un stade précoce par des groupements professionnels d'horizons divers. Durant la petite enfance surtout (avant l'âge de 3 ans), les pédiatres, médecins traitants ainsi que les conseillers parents-enfants sont souvent les seuls professionnels à être en contact régulier avec les enfants. C'est la raison pour laquelle la responsabilité de détecter des situations de mise en danger vous incombe. Cependant, les professionnels jouent aussi un rôle-clé dans le développement ultérieur des enfants un peu plus âgés, car leur réaction face à la mise en danger présumée ou réelle du bien de l'enfant détermine dans bien des cas si le mineur obtiendra la protection nécessaire et/ou si les parents recevront l'aide requise pour écarter le danger qui menace.

Le présent guide s'adresse aux médecins de spécialisations diverses ainsi qu'aux assistants médicaux. Il expose les formes de maltraitance infantile et constitue un outil pratique qui permet de mieux déceler les mauvais traitements et de mettre en place les mesures nécessaires à la protection de l'enfant. Il vise non seulement à aider les médecins à repérer les cas de maltraitance infantile avérés mais aussi à évaluer les situations suspectes et à risquer et à agir de manière adéquate.

Protection de l'enfance Suisse

Schlösslistrasse 9a | 3008 Berne
Téléphone +41 31 384 29 29

www.protectionenfance.ch
info@protectionenfance.ch

  /protectionenfancesuisse
 /kinderschutz_ch
 /kinderschutzschweiz