



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

# Maltraitance des enfants – Protection de l'enfance

Guide de détection précoce et de démarche à suivre  
dans la pratique médicale

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

# **Maltraitance des enfants – Protection de l'enfance**

Guide de détection précoce et de démarche à suivre  
dans la pratique médicale

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

## Mentions légales

### Editrice

#### Protection de l'enfance Suisse

Schlösslistrasse 9a  
3008 Berne  
www.protectionenfance.ch

### Auteures et auteurs

#### D' méd. Ulrich Lips

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

#### D' méd. Markus Wopmann

Médecin spécialiste de l'enfance et de l'adolescence, responsable du groupe spécialisé dans la protection de l'enfance des cliniques pédiatriques 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 à la Haute Ecole de Lucerne — Travail social

#### Roxanne Falta, MLaw

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

### Responsables 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 des enfants — Protection de l'enfance. Guide de détection précoce et de démarche à suivre dans la pratique médicale. Berne : Protection de l'enfance Suisse.

### Parution de la troisième édition en français.

© 2023 | 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
<b>1. Epidémiologie de la maltraitance des enfants en Suisse</b>	<b>10</b>
<b>2. Le rôle des médecins</b>	<b>15</b>
<b>3. Définition et types de maltraitance des enfants</b>	<b>17</b>
3.1 Maltraitance physique	18
3.2 Négligence	28
3.3 Maltraitance psychologique/psychique	29
3.4 Abus sexuel	30
3.5 Syndrome de Münchhausen par procuration	32
3.6 Les singularités comportementales comme indice de maltraitance des enfants	33
<b>4. Documentation</b>	<b>35</b>
<b>5. Démarches à suivre</b>	<b>36</b>
<b>6. Facteurs de risque</b>	<b>37</b>
<b>7. Situation juridique en Suisse</b>	<b>38</b>
<b>8. Informations et ouvrages complémentaires</b>	<b>42</b>
<b>9. Recommandations</b>	<b>45</b>

## 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 professionnel-le-s qui sont régulièrement en contact avec des enfants et leur famille jouent un rôle clé dans ce contexte, même s'ils ne sont pas confrontés au quotidien à des questions relevant de la protection de l'enfance. Pour pouvoir réagir de manière adéquate face à une suspicion de maltraitance, il s'avère nécessaire d'avoir été sensibilisé à la protection de l'enfance et d'en connaître les principes fondamentaux. Les questions et défis varient en fonction du domaine concerné.

La série de publications de Protection de l'enfance Suisse fournit aux professionnel-le-s de la santé, du social et de la petite enfance des outils d'appréciation faciles à utiliser pour la détection précoce des enfants en danger.

La série de publications comprend les guides suivants :

- Maltraitance des enfants – Protection de l'enfance: Guide de détection précoce et de démarche à suivre dans la pratique médicale

- Détecter la mise en danger du bien-être de l'enfant et agir de manière adéquate: Guide pour les professionnel-le-s du social
- Détection précoce de la violence envers les enfants en bas âge: Guide à l'usage des professionnel-le-s de la petite enfance

Protection de l'enfance Suisse est une Fondation indépendante de droit privé active dans toute la Suisse. En tant qu'organisation professionnelle à but non lucratif, nous nous mobilisons pour que tous les enfants en 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 systématiquement à fournir des offres de prévention, un engagement politique et des campagnes de sensibilisation scientifiquement fondées. Protection de l'enfance Suisse s'adresse au professionnel-le-s, aux parents ou autres représentant-e-s légaux-aux, au monde politique, aux organisations privées et publiques ainsi qu'au grand public en Suisse. La Fondation finance ses activités par des collectes de fonds ciblées auprès de particuliers-ères, d'entreprises, de fondations et d'institutions publiques.

[www.protectionenfance.ch](http://www.protectionenfance.ch)

## Avant-propos de la Fédération des médecins suisses FMH

Tous les êtres humains ont des droits, il en va de même pour les enfants. Cependant, ceux/celles-ci ont besoin d'une protection spécifique supplémentaire. 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 en sécurité, de développer leurs propres potentiels, d'être entendu-e-s et pris au sérieux. Ils ont également droit au jeu, au repos et aux loisirs ainsi qu'à leur sphère privée, à une famille ainsi qu'aux soins et à l'attention de leurs parents. Ces droits fondamentaux applicables à l'échelle mondiale constituent la base sur laquelle les enfants du monde entier pourront grandir en sécurité, seront protégé-e-s et accepté-e-s 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 évidentes, pourtant, chez nous aussi, ces droits sont souvent bafoués. Un bébé qui pleure continuellement, un-e écolier-ère désobéissant-e ou un-e

adolescent-e qui n'en fait qu'à sa tête par exemple peuvent conduire les parents à leurs limites. Si ces derniers souffrent en plus d'un manque de sommeil, de problèmes personnels ou d'autres formes de surcharge, cela peut entraîner un surmenage extrême, voire, dans le pire des cas, de la maltraitance envers les enfants. De telles transgressions de limites sont souvent socialement tabouisées et passées sous silence. Elles se déroulent la plupart du temps dans la sphère privée et restent invisibles pour les tiers.

*« En étant toutes et tous sensibilisé-e-s aux signaux d'alerte, nous parviendrons à maîtriser ce défi et à détecter suffisamment tôt les mises en danger et les atteintes au bien-être de l'enfant ainsi qu'à fournir des soutiens adéquats. »*

Les chiffres en Suisse sont toutefois clairs. Ils nous obligent à bien observer et à agir si nécessaire, car les violences, tant psychologiques/psychiques que physiques ainsi que la négligence ont des conséquences graves pour les enfants et bien souvent aussi un impact négatif durable sur leur avenir. Par conséquent, il est im-

portant que des institutions interviennent sur le plan fédéral pour la défense des droits de l'enfant et que des mesures appropriées soutiennent les familles concernées. 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 une standardisation des mesures assorties de consignes claires visant à protéger le bien-être de l'enfant.

*« Ce guide constitue un outil précieux dans le quotidien professionnel pour assurer santé et sécurité aux enfants et soutenir les familles dans une situation difficile. »*

Puisque les enfants sont fortement liés à leur contexte familial au cours de leur premières années, il est difficile de constater si leurs droits aux soins, à la protection et à la participation sont respectés. C'est précisément à ce stade que nous médecins – en collaboration avec d'autres professionnel-le-s de la santé – jouons un rôle prépondérant et endossons une responsabilité particulière. En effet, les examens préventifs et autres consultations médicales comptent parmi les contacts réguliers les plus importants pour les enfants en dehors de leur milieu familial.

En étant toutes et tous sensibilisé-e-s aux signaux d'alerte, nous parviendrons à maîtriser ce défi et à détecter suffisamment tôt les mises en danger et les atteintes au bien-être de l'enfant ainsi qu'à fournir des soutiens adéquats.

La FMH soutient la Fondation Protection de l'enfance Suisse dans sa volonté d'agir pour le bien-être de l'enfant et de garantir le respect de ses droits. Ce guide constitue un outil précieux dans le quotidien professionnel visant à assurer santé et sécurité aux enfants et à soutenir les familles concernées par une situation difficile. Il permettra ainsi au plus grand nombre d'entre eux une enfance heureuse et un développement harmonieux, respectueux de leur âge.



**D' 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 des enfants est fréquente. Même s'il manque des statistiques précises (situations non détectées, absence de définition, etc.), les faits sont irréfutables. Le chapitre suivant intitulé « Epidémiologie de la maltraitance des enfants en Suisse » expose les chiffres les plus récents issus de la recherche. Nous rencontrons quotidiennement ces enfants<sup>1</sup> dans notre pratique, en consultation et à l'hôpital – avec des enfants du même âge bien traités – pour des maux, des maladies et des accidents, des examens préventifs et des vaccins. Il est de notre devoir de les détecter en tant qu'enfants maltraités, car leur santé et leur qualité de vie – actuelles et tout au long de leur vie d'adulte – pourraient en être sensiblement améliorées.

Ce guide n'est pas un manuel succinct sur la maltraitance des enfants et la protection de l'enfance. C'est pourquoi nous avons choisi de renoncer aux détails ainsi qu'à une bibliographie. Il vous est destiné à vous, médecins pratiquant de différentes spécialisations, qui êtes peu familiarisés avec cette thématique. Ce guide vous sera utile, à vous, ainsi qu'à vos assistant-e-s médicales-aux (ci-après AM), pour reconnaître et appréhender les situations de réelle maltraitance, mais aussi les suspicions et les risques de maltraitance. Il vous indiquera également différentes manières d'agir dans ces contextes.

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

# 1. Épidémiologie de la maltraitance des enfants en Suisse

Auteur: **Andreas Jud**

En matière de protection de l'enfance, deux types de données sur la fréquence de la maltraitance sont importants: la fréquence dans la population et le nombre d'enfants détectés et suivis par des professionnel-le-s. Les lacunes dans la prise en charge ne peuvent être identifiées que si les données non statistiquement répertoriées sont comparées «à la pointe de l'iceberg» (à celles disponibles). Cette comparaison permet d'effectuer une adaptation ciblée des structures et processus afin d'améliorer la prévention et l'intervention. Cependant, il existe d'importantes lacunes dans la recherche, portant tant sur les dimensions connues qu'inconnues.

## Quelle est l'ampleur du problème en réalité?

Une revue des recherches internationales révèle des différences considérables entre les données de fréquence de la maltraitance des enfants. Ces différences importantes entre les études témoignent moins de «véritables» différences entre

les pays», mais résultent plutôt du vaste éventail de définitions utilisées. Les chercheur-e-s en criminologie, médecine, travail social et autres disciplines définissent la maltraitance des enfants et ses différents types de manière plus ou moins large. Par exemple, sont seulement pris en considération les abus sexuels avec contact physique ou avec violence sexuelle verbale, certaines définitions incluant uniquement les proches, d'autres également les agresseur-e-s inconnu-e-s de la victime. Toutefois, il est unanimement admis que la maltraitance des enfants n'est pas un phénomène isolé affectant seulement un petit nombre d'enfants et d'adolescent-e-s. Au contraire, l'ampleur des actes de violence durant l'enfance est plutôt de l'ordre de celle des maladies chroniques largement répandues, telles le diabète de type 1, et parfois même supérieure. De plus, les violences répétées sont généralement la règle et non l'exception.

## Fréquence des abus sexuels

La fréquence des abus sexuels est le phénomène le mieux étudié 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 adolescent-e-s élèves de neuvième année:<sup>1</sup>

- 15 % ont déclaré avoir subi une agression sexuelle quelle qu'elle soit avec contact physique au moins une fois dans leur vie.
- Même 29 % des élèves interrogé-e-s ont attesté une violence sexuelle sans contact physique.
- Le pourcentage de violence sexuelle entre adolescent-e-s s'avère important: dans 11 % des abus avec contact physique, au moins l'un des auteurs (voire parfois une auteure) était âgé-e de moins de 18 ans.

Comme mentionné précédemment, les données relatives à l'ampleur du phénomène des abus sexuels fluctuent fortement à l'échelle mondiale. Cependant, les études démographiques montrent presque sans exceptions que les filles sont bien plus fréquemment concernées, les auteurs étant en majorité des hommes. Certaines catégories d'enfants sont particulièrement

concerné-e-s par la violence sexuelle. Ainsi, une étude allemande révèle un taux très élevé de 79,4 % d'abus sexuels sur des filles en foyer ou internat. 46,7 % de ces filles mentionnent même un abus sexuel avec pénétration.<sup>2</sup> Un grand nombre des violences est perpétré par des pairs. Il est tragique de constater que certaines victimes ont aussi subi pour la première fois un abus sexuel en institution.

## Fréquence de la négligence et des maltraitements physiques et psychiques

Il manque des données sur la fréquence des autres types de maltraitance des enfants dans la population suisse. Toutefois, des études représentatives allemandes montrent également une fréquence élevée dans ce domaine. Les études épidémiologiques les plus récentes distinguent entre la violence grave et celle de faible intensité ou à incidence unique.<sup>3</sup> L'illustration 1 résume la fréquence selon différents degrés de violence relevée par l'enquête allemande menée auprès de 2150 personnes. La négligence est actuellement le phénomène le moins bien étudié et il est souvent question de négligence de la négligence.

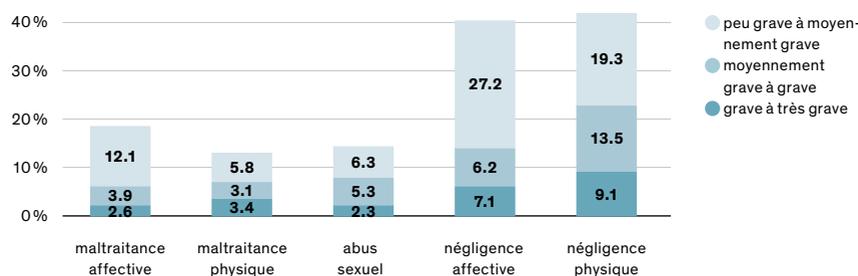
Les données des études mentionnées et de l'enquête sur la population allemande (ill. 1) de même que les rares études internationales indiquent pourtant clairement que la négligence constitue la forme de maltraitance la plus fréquente. Les données sur la fréquence de la maltraitance psychologique des enfants et des adolescent-e-s varient considérablement selon si celles et ceux concerné-e-s par la violence entre leurs parents sont relevé-e-s ou non. Certaines études considèrent ce type très répandu de violence comme un type distinct de mise en danger du bien-être de l'enfant (c'est notamment le cas de l'étude de l'ill. 1).

A l'inverse des abus sexuels, il n'existe aucune indication concernant une différence de prévalence entre les genres concernant la négligence et les autres types de maltraitance physique et psychique des enfants.

### 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 types de maltraitance des enfants. Ce syndrome n'est souvent pas relevé séparément dans les études épidémiologiques. Dans un large échantillon britannique et irlandais, les données révèlent l'existence de 2,8 nouvelles situations par an pour

1 Fréquence de la maltraitance des enfants dans une enquête représentative de la population en Allemagne en 2016\*



\* Représentation adaptée de 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

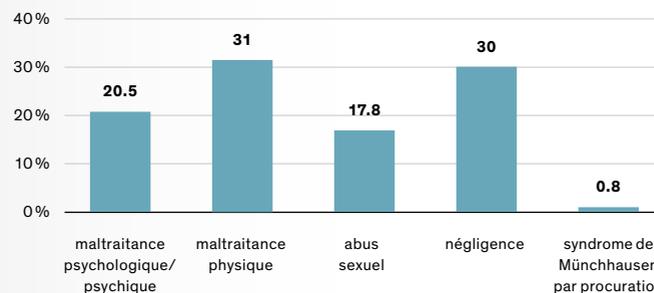
100 000 enfants durant leur première année de vie et de 0,4 nouvelles situations par an pour 100 000 enfants âgé-e-s de 2 à 16 ans.<sup>4</sup> Depuis quelques années, les cliniques pédiatriques suisses aussi relèvent, entre autres, la fréquence des situations détecté-e-s de syndrome de Münchhausen par procuration. Au cours des cinq dernières années, cette fréquence a fluctué entre 2 et 14 situations par année relevée. Cela correspond à environ 0,1 à 0,9 nouvelles situations par an observées pour 100 000 enfants dans les cliniques pédiatriques suisses.

### Combien d'enfants maltraités sont identifiés ?

En 2019, 21 cliniques en Suisse ont identifié 1568 situations de maltraitance des enfants. Les situations les plus fréquemment détectées sont la maltraitance physique (31 %) et la négligence (30 %). Les fréquences des autres situations identifiées figurent dans l'illustration 2.

Les médecins et le personnel soignant ne sont pas seul-e-s à identifier la maltraitance des enfants. L'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), les services d'aide aux victimes, les services sociaux et de nombreuses autres organisations protègent et soutiennent les enfants concernés. Certaines situations font l'objet de poursuites pénales. En 2016, pour la première fois en Suisse, la fréquence des situations observées de mise en danger du bien-être de l'enfant a été répertoriée simultanément dans différents domaines de la protection de l'enfance :<sup>5</sup> en l'espace de trois mois, 10 065 situations ont été annoncées, nouvellement ou à nouveau, aux organisations du système de protection de l'enfance. L'extrapolation de ces chiffres sur une année signifie que 2,3 à 3 % de la population de moins de 18 ans en Suisse sont connus d'une organisation du système de protection de l'enfance. Ce chiffre paraît élevé. Mais les données de l'illustration 1 indiquent pourtant qu'un nombre

2 Fréquence des situations de maltraitance des enfants détectées dans les cliniques suisses en 2019



encore plus important d'enfants et d'adolescent-e-s sont victimes de maltraitements graves. Les enfants et adolescent-e-s n'obtiennent de loin pas tous et toutes la protection et les soutiens dont ils ont urgemment besoin. Par ailleurs, il est préoccupant de constater que les enfants physiquement abusé-e-s en Suisse sont âgé-e-s en moyenne de 10,4 ans lorsqu'ils sont identifié-e-s par l'un des organismes du système de protection de l'enfance.

### Tendances à la baisse

Il est réjouissant que les efforts continus visant à améliorer la protection de l'enfance semblent porter leurs fruits dans différents 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 ce n'est pas le cas de la fréquence de la négligence.<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> 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](http://www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/optimus-studie.html)

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> 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 suivant régulièrement les enfants

Vous êtes les seul-e-s spécialistes à examiner plus ou moins régulièrement les nourrissons et les enfants en bas âge avant que ceux-ci/celles-ci ne soient intégré-e-s dans un environnement institutionnel, donc avant l'entrée en crèche, ou plus tard, à l'école infantine. Presque tous les parents amènent leurs enfants aux examens de routine et pour les vaccins et fréquentent globalement moins souvent la consultation parents-enfants, sauf sur le plan régional. Par ailleurs, vous voyez l'enfant et les parents dans un cadre familial et à huis clos plus longtemps que le conseiller ou la conseillère parents-enfants, et vous avez à tout moment la possibilité d'examiner l'enfant entièrement dévêtu.

Vous avez non seulement une grande responsabilité envers le groupe de patients des nourrissons et enfants en bas âge, mais aussi un potentiel considérable de détecter à un stade précoce les dysfonctionnements familiaux qui, si rien n'est entrepris, peuvent conduire à la maltraitance.

Sur le plan professionnel, une grande partie de ce qui est présenté dans cette bro-

chure n'est pas nouveau pour vous. De ce fait, il vous suffit de considérer les éléments suivants :

- Mettez en pratique vos connaissances sur la maltraitance des enfants ! Cette maltraitance est fréquente, mais a de bonnes chances d'être détectée et écartée à condition d'agir rapidement et de manière adéquate.
- Soyez en particulier attentif-ve aux signes précoces de troubles de l'attachement et de certains dysfonctionnements familiaux, autrement dit à la mise en danger potentielle ou réelle du bien-être de l'enfant.
- Assurez-vous qu'un groupe spécialisé en protection de l'enfance existe près de votre cabinet. Établissez des contacts réguliers avec ce groupe — si tel n'est pas déjà le cas.
- S'il n'existe pas à proximité de groupe interdisciplinaire de protection de l'enfance fondez-en un !

### 2.2 Assistantes médicales et assistants médicaux (AM)

Les AM ont souvent l'occasion d'observer ou de constater des éléments que nous médecins ne pouvons ni voir ni entendre : ils voient le comportement des parents et

des enfants dans la salle d'attente ou dans des situations stressantes, comme les prises de sang ou les vaccins. Ils reçoivent des appels téléphoniques, ils conduisent les parents ou les jeunes patient-e-s en salle d'attente, ce qui leur permet d'observer le contact entre parents et enfants ou d'autres personnes qui les accompagnent, 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 d'encourager vos AM à lire cette brochure et à discuter avec vous de leurs observations.

### Médecins qui ne suivent pas d'enfants

Selon la répartition des classes d'âge et la situation de votre cabinet, un pourcentage variable de vos patient-te-s ont des enfants (mineur-e-s). Rappelez-vous que certains diagnostics concernant vos patient-e-s adultes peuvent avoir une importance capitale pour leurs enfants, voire même constituer un facteur de risque de maltraitance. On compte parmi ceux-ci les maladies psychiques et les « états d'urgence », la

toxicomanie, 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 en soi (puisque'il s'agit d'une maltraitance psychique), est la violence domestique, dont vous entendez souvent parler. Dans de telles situations, incluez aussi toujours les enfants dans vos réflexions (voir le chapitre 6). Assurez-vous dans ce cas qu'un-e spécialiste (pédiatre, Autorités éventuellement déjà impliquées, psychologue scolaire, etc.) soit attentif-ve au bien-être 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 cependant pas que les enfants ont leurs propres besoins et droits et qu'ils ne doivent en aucun cas jouer le rôle d'« élément stabilisateur » ou thérapeutique pour un parent malade.

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

## 3. Définition et types de maltraitance des enfants

### Définition de la maltraitance des enfants

La maltraitance des enfants est une atteinte non fortuite, consciente ou inconsciente, physique et/ou psychique (par intervention active ou par omission), y compris la négligence des besoins de l'enfant, de la part de personnes (parents, autres représentant-e-s légal-e-s, tiers), d'institutions et de structures sociales, qui conduit à des difficultés de développement, des lésions ou au décès.

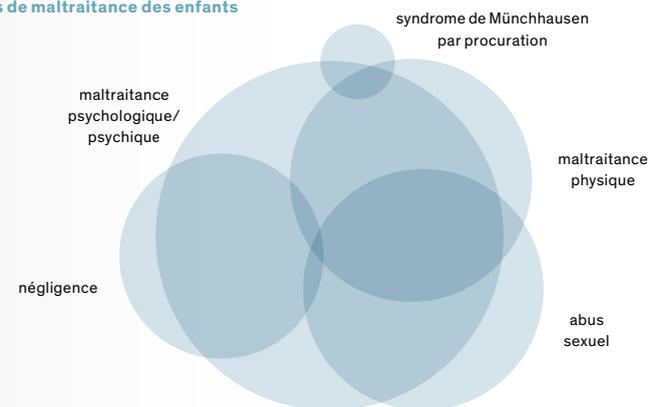
### Types de maltraitance

Dans le monde médical, les cinq types suivants de maltraitance des enfants sont établis :

- Maltraitance physique
- Abus sexuel
- Maltraitance psychologique/psychique
- Négligence
- Syndrome de Münchhausen par procuration (« fabricated or induced illness »)

La classification en différents types de maltraitance revêt une plus grande importance en statistiques et didactique, que dans la pratique où il existe presque toujours plusieurs types de maltraitance, qui, de plus, se superposent.

### 3 Types de maltraitance des enfants



## 3.1 Maltraitance physique

Il existe un large éventail de coups, de brûlures ou d'ébouillantages, de contusions, de piqûres ou de secousses infligé-e-s à un enfant. Il en résulte des blessures cutanées, des tissus et des os. Parmi les lésions graves figurent notamment celles 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 signalant l'existence d'une maltraitance physique :

#### Recours tardif à l'aide médicale

Les enfants présentant des blessures ou des douleurs importantes ne sont pas immédiatement conduits chez un-e médecin, mais tardivement, lorsque la situation rend la consultation médicale indispensable.

#### Incohérences dans l'anamnèse

- Les informations d'anamnèse fournies par les parents sont invraisemblables, incompatibles avec le type de blessure (exemple : hématomes isolés en forme de stries sur la joue gauche, pour le reste aucune autre lésion physique ; explication fournie : chute du tricycle). La personne explique différemment l'origine des blessures à différents moments (exemple : ébouillantage avec du thé, puis plus tard avec de la soupe).
- Des personnes soi-disant présentes au moment de « l'accident » donnent des versions divergentes.

#### Lésions d'ancienneté variable

La présence de plusieurs lésions d'ancienneté variable (hématomes à divers stades de coloration, fractures d'ancienneté variable) doit alerter le/la médecin, surtout si un seul accident est indiqué, ce qui est généralement le cas. N. B. : les enfants actifs sur le plan moteur ont presque toujours plusieurs anciens hématomes aux endroits où ils se cognent facilement (tibias!).

### Changement injustifié de médecin/annulation de consultation

Le changement de médecin sans motif peut être l'indice que les parents veulent occulter un problème. Par exemple, consultations pour examen de routine et/ou vaccination régulièrement annulées au dernier moment. La raison peut être la présence d'hématomes ou d'autres lésions bénignes que le médecin ne doit pas constater.

### Comportement inadéquat des parents/accompagnant-e-s

Soyez vigilant-e-s si les parents ou l'accompagnant-e-s se montrent peu concerné-e-s ou impressionné-e-s par des lésions relativement graves. N. B. : les parents peuvent être tellement choqués par un accident, qu'ils se trouvent dans un état psychologique particulier et adoptent alors un comportement singulier ou inhabituel.

### Constats spécifiques

#### A Lésions cutanées

##### Hématomes

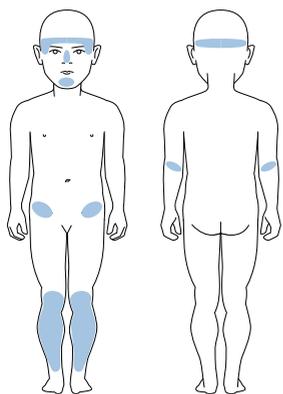
Les hématomes sont fréquents chez les enfants actifs sur le plan moteur. Déterminer s'ils résultent de la maltraitance exige de prendre en compte les aspects suivants :

##### Âge 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 une suspicion de maltraitance et toujours faire l'objet d'un examen approfondi.

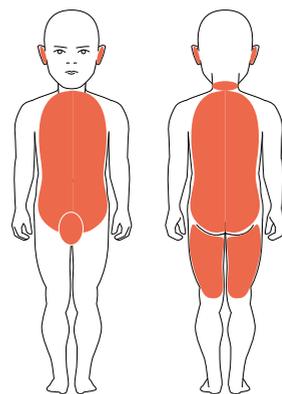
### Localisation

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



4 Hématomes aux endroits où les enfants se cognent facilement (un enfant en bas âge apprenant à marcher se heurte et tombe fréquemment)

Sont en revanche **suspects** les hématomes situés sur la partie supérieure du crâne, 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 de la maltraitance



5 Localisations typiques d'hématomes d'origine accidentelle



7 Hématome situé à un endroit suscitant une très forte suspicion de maltraitance (enfant en bas âge prétendument tombé sans qu'on le voie)

### Âge

L'ensemble des hématomes issus d'un seul 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 influent 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 psychomoteur présentent souvent des hématomes de différentes couleurs (dus à des lésions bénignes répétées). Ceux-ci se situent dans ce cas aux endroits où ils se cognent 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 récemment. Un seul élément persiste : 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 (main, pied) constituent presque toujours 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 naturellement toute autre. Mais, les enfants présentant un trouble de la coagulation peuvent aussi avoir été victimes de maltraitance.

### 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) renverse sur lui des boissons et des aliments brûlants tirés depuis la table ou le plan de travail de la cuisine. Cela implique que l'enfant ait atteint un certain stade de développement psychomoteur. Il existe des motifs d'ébouillantage typiques : sont concernés la poitrine, le ventre, éventuellement les épaules et le menton. Le degré de gravité diminue en direction crâniocaudale. Les cas d'ébouillantage se produisent aussi fréquemment quand les parents portent le bébé dans les bras ou le

tiennent sur les genoux tout en consommant une boisson chaude. L'ébouillantage dû à la maltraitance est en règle générale clairement localisé surtout aux mains, aux pieds et aux zones ano-génitales. Ce sont des endroits où les enfants ne peuvent s'ébouillanter 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 se blessent avec des objets brûlants ou incandescents, c'est seulement parce qu'ils n'ont pas reconnu ce danger (plaque chaude de cuisinière, porte de four brûlante, etc.) ou parce qu'ils tombent ou trébuchent. Lorsque ces brûlures sont accidentelles, les lésions s'observent généralement dans la paume de la main ou sur la plante du pied; en cas de chute, les brûlures sont souvent associées à d'autres lésions. Les traces



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

laissées par des objets brûlants (gril, fer à repasser, cigarette) éveillent toujours une suspicion de maltraitance.

#### Diagnostiques 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 brûlants pour combattre la fièvre : Cao Gio ou Cupping)

### C Fractures

La détection de fractures sur le squelette de l'enfant constitue un élément de poids pour établir un diagnostic de maltraitance, surtout lorsque les fractures surviennent à un âge particulièrement jeune ou que le mécanisme de l'accident décrit ne concorde pas avec le type de fracture. Il convient de prendre en compte les facteurs suivants :

Éléments devant éveiller une suspicion de maltraitance :

- Fracture survenant avant l'âge de 1 an
- Fracture du fémur avant l'âge de 4 ans
- Fractures de côtes chez les nourrissons et enfants en bas âge

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

#### Âge/développement psychomoteur de l'enfant

Pour des raisons biomécaniques, l'enfant ne peut se faire de fracture par son activité propre qu'à partir du moment où il marche de manière autonome, ce qui n'est guère le cas durant sa première année. Les fractures survenues avant l'âge de 1 an doivent donc être considérées de prime abord comme très suspectes. Un examen attentif des circonstances montre qu'une fracture sur deux survenue avant le 1<sup>er</sup> anniversaire est causée par de la maltraitance. Certaines études qualifient même les fractures survenues avant le 4<sup>e</sup> anniversaire de très suspectes ; ces dernières exigent dans tous les cas une analyse étiologique précise.

#### Fractures multiples/ancienneté variable des fractures

Après un accident, une fracture unique est observée dans 80 % ; en revanche, les enfants maltraités présentent en moyenne trois fractures. La présence de plusieurs fractures anciennes constitue un solide indice de maltraitance répétée.

### 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).

La détermination de la hauteur à partir de laquelle 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 en règle générale qu'à partir d'une hauteur de chute de 1 mètre, il peut se produire une fracture simple du crâne, c'est-à-dire linéaire ne croisant pas les sutures. 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 une fracture par enfoncement, même si la chute s'est produite d'une faible hauteur. Toujours est-il, qu'une « chute depuis la

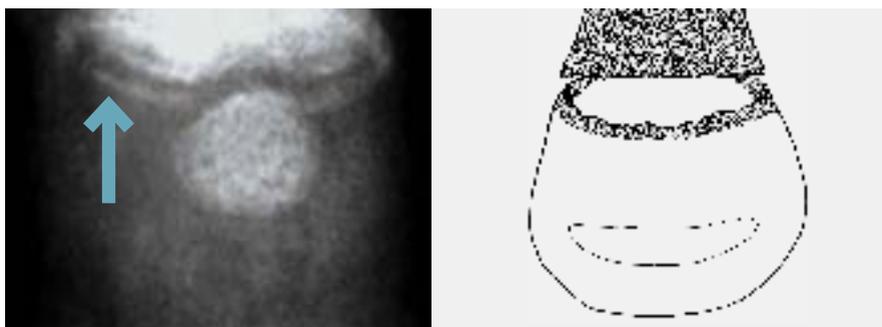
table à langer » (hauteur 80 à 90 cm) ne peut quasiment pas causer de fracture crânienne. Les fractures d'autres os du squelette après une « chute de la table à langer » sont encore plus rares.

### Diagnostiques différentiels

Les fractures occasionnées par un très faible traumatisme ou survenues spontanément en raison d'une ostéopénie sont toujours mentionnées comme diagnostic différentiel possible autre que la maltraitance.

Il s'agit des situations suivantes :

- > 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, en situation de handicap)
- > Rachitisme
- > Ostéopénie due à une lésion rénale



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

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 rarement la conséquence d'une maltraitance (ostéogenèse imparfaite).

### D Lésions internes

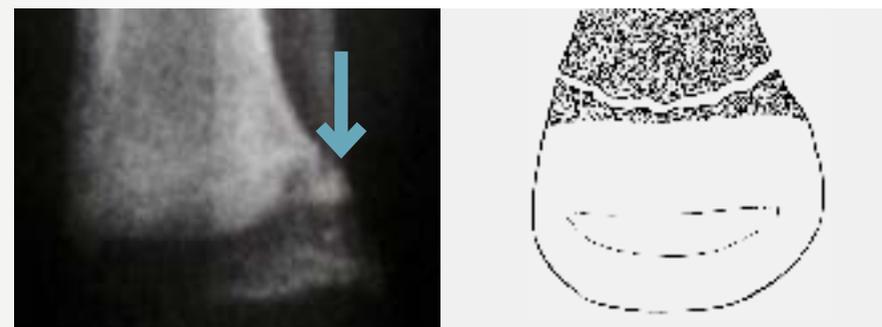
Les lésions internes entraînent généralement des tableaux cliniques graves nécessitant une hospitalisation immédiate. C'est la raison pour laquelle nous n'abordons ici que certaines lésions légères ainsi que le syndrome du bébé secoué, pour lequel l'accent est mis sur la prévention dans la pratique (attitude avec un bébé hurleur).

### Lésions dans la région ORL

Ce sont surtout les nourrissons qui sont occasionnellement présentés au/à la médecin avec un saignement buccal. Ce saignement peut être provoqué par une manière violente de nourrir l'enfant, voire des coups sur la bouche.

Il en résulte :

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

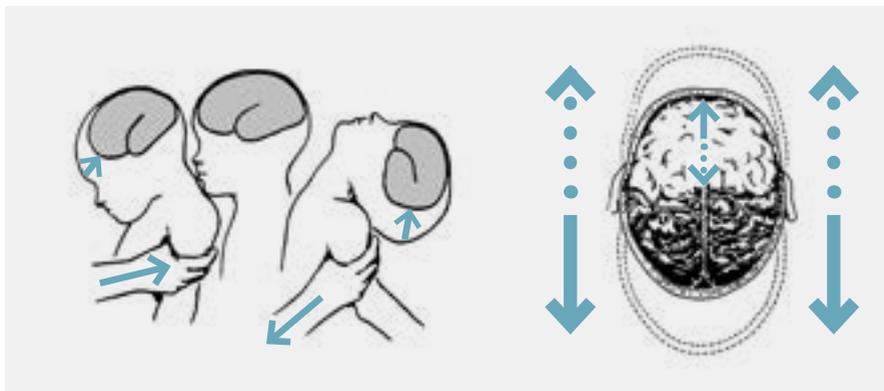


14 Fracture métaphysaire (« fracture de Salter de type II »)

### Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé 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 provoque des lésions intracrâniennes et intracérébrales graves sans que le crâne ait percuté un objet dur (il n'y a donc ni traces d'impact, ni fractures). Les lésions caractéristiques sont des hématomes sous-duraux (« shearing injuries ») dans le parenchyme cérébral (ce qui accroît encore plus fortement la pression intracrânienne) 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 hurlements (plus importants du nourrisson (c'est pourquoi les garçons sont plus souvent concernés)). Le tableau clinique indique 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 en situation de handicap à des degrés divers.



15 Mécanisme du syndrome de l'enfant secoué

### E Remarques sur la mutilation génitale féminine

Certains types d'excision féminine<sup>1</sup> (infilibulation, diverses formes d'incision, etc.) 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-e gynécologue pédiatrique expérimenté-e.

La situation juridique est claire en Suisse : l'excision des petites filles est une lésion corporelle grave pénalement sanctionnée et les parents qui organisent ou autorisent cette infraction encourrent également des sanctions pénales, même s'ils font pratiquer l'excision à l'étranger. Cependant, les démarches concrètes dans de telles situations sont extrêmement délicates : consultez un service spécialisé<sup>2</sup> existant en Suisse, l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte ou un groupe/organisme de protection de l'enfant.

<sup>1</sup> L'OMS distingue aujourd'hui les types 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 « Infilibulation ») : ablation du clitoris, des lèvres et des zones voisines puis suture du vagin pour ne laisser qu'un minuscule orifice.

<sup>2</sup> Réseau de lutte contre l'excision féminine en Suisse : [www.excision.ch/reseau](http://www.excision.ch/reseau). Pour plus d'informations, voir : Réseau suisse contre l'excision (édit. 2020). Excision et protection de l'enfance. Guide à l'usage des professionnel-le-s.

## 3.2 Négligence

La négligence désigne la non-satisfaction par un tiers des besoins de l'enfant en matière d'alimentation, d'hygiène, d'habillement, d'éducation, de soins et de surveillance. Elle se révèle notamment par l'insuffisance, voire l'absence de prise de poids (surtout chez les nourrissons), par une mauvaise hygiène corporelle et dentaire ainsi que par un habillement inadapté.

La négligence affective relève également de ce type de maltraitance. La négligence peut être consciente ou non ; elle est souvent inconsciente lorsque les parents eux-mêmes sont surmenés et dépassés dans leur rôle parental (p. ex. toxicomanie, maladie psychique, forte charge de travail, situation financière difficile). Il existe aussi de la négligence éducative quand les enfants sont livré-e-s à eux/elles-mêmes lorsqu'ils/elles sont encore en bas-âge, ont accès à des stupéfiants ou peuvent accéder aux médias électroniques et les utiliser sans surveillance.

Un manque de surveillance peut être la cause de lésions corporelles (chute dans l'escalier, brûlures, ébouillantage, etc.), voire d'intoxication médicamenteuse ou par des substances toxiques. Les indices d'une négligence peuvent par exemple être des caries très importantes, de fréquentes consultations pédiatriques en urgence en raison de douleurs ou des consultations répétitivement manquées ou annulées.

La non-compliance (non-respect) des indications thérapeutiques en cas de maladie physique ou psychique constitue un autre type de négligence. Celle-ci peut aller jusqu'au refus total des traitements (de médecine conventionnelle) ayant des conséquences graves pour la santé de l'enfant, risquant même d'entraîner son décès.

## 3.3 Maltraitance psychologique/psychique

La maltraitance psychique est souvent difficile à détecter, mais elle a des répercussions tout aussi importantes que les autres types de maltraitance. Elle existe lorsque l'enfant est continuellement soumis au dénigrement de la part de ses représentant-e-s légal-e-s (insultes, brimades, humiliations, menaces) et entend des appréciations négatives répétées sur son avenir diminuant durablement son estime de soi. De plus, l'enfant est constamment confronté à des anticipations négatives quant à son avenir.

Une part importante de la maltraitance psychique concerne les enfants contraint-e-s d'assister aux altercations verbales ou physiques de leurs parents. Ces mineur-e-s sont considéré-e-s et relevé-e-s en statistique comme subissant de la maltraitance psychique, même s'ils/si elles ne sont pas directement impliqué-e-s dans ces conflits (violence conjugale). Terme spécialisé « Witnessing Intimate Partner Violence », impacté-e-s par la violence conjugale.

## 3.4 Abus sexuel

Le terme « abus sexuel » désigne l'implication d'enfants ou d'adolescent-e-s dans des actes sexuels forcés (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 transgressant les tabous sociaux.

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

- Agressions via les médias électroniques
- Exhibitionnisme, voyeurisme
- Attouchements sur les parties génitales
- Exigence de se faire masturber ou caresser
- Contrainte sexuelle
- Exposition à la pornographie
- Incitation à la prostitution
- Pénétration anale, orale et vaginale

### Démarche à adopter en cas de suspicion d'abus sexuel

Le suivi d'une situation d'abus sexuel, doit conduire les professionnel-le-s en charge à déterminer si un constat médical (général) de la victime est indiqué. Si l'abus supposé date de moins de 72 heures, l'examen doit être effectué sans délai, car les traces de l'abus sont les plus à même d'être identifiées dans ce laps de temps. Les victimes capables de discernement doivent consentir à cet 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 signes physiques sont extrêmement rares après une agression sexuelle. Si certains signes peuvent être détectés, ils sont souvent si peu apparents que seul-e un-e spécialiste peut faire la distinction entre des symptômes non spécifiques et certaines variantes de la norme. Il importe d'adresser l'enfant à un-e tel-le spécialiste lors d'une suspicion d'abus sexuel. Seul-e-s le/la pédiatre ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie ainsi que le/la gynécologue chargé-e régulièrement de tels constats chez les enfants peuvent être considéré-e-s comme spécialistes dans ce domaine. Outre l'expérience, il/elle doit pouvoir effectuer et documenter un examen coloscopique.

En cas de suspicion d'abus sexuel, la transcription des déclarations de la victime revêt une importance capitale. La journalisation doit respecter le langage original (c'est-à-dire au mot près, le cas échéant même dans le dialecte de la victime) et préciser le contexte au moment où l'enfant s'exprime (pendant la consultation, en sortant, dans la salle

d'attente, quelles personnes sont présentes, leur comportement, etc.). Le/la médecin doit se limiter strictement à cette journalisation, il/elle ne doit en aucun cas « interroger » l'enfant sur l'agression sexuelle présumée, cette tâche étant exclusivement réservée au/à la spécialiste de l'Autorité compétente (Art. 154, al. 4 let. d CPP). Il est un fait notoire qu'un « interrogatoire préalable » peut influencer la teneur des déclarations de l'enfant. Le/la médecin ne rend par conséquent pas service à l'enfant en le questionnant. Il convient de veiller à avoir une attitude attentive et empathique lors du premier contact après une expérience traumatisante telle l'abus sexuel.

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 peut avoir de nombreuses autres causes.

### Diagnostiques différentiels

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

- Lichen scléreux et atrophique génital
- Dermite périnéale streptococcique
- Condylomes acuminés ano-génitaux<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Démarche possible à adopter en cas de condylomes acuminés ano-génitaux:

– Jusqu'au 3<sup>e</sup> 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 un abus sexuel. Il est indiqué de faire des investigations approfondies dans ce sens. Demandez conseil à un groupe/organisme de protection de l'enfant.

– La détermination du type de papillomavirus ne permet pas de clarifier la situation: 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 la mère), offrent souvent une image très positive d'eux-mêmes au personnel médical, inventent des symptômes que leur enfant présenterait (fièvre, crampes, saignements, etc.) ou les déclenchent par des manipulations diverses. Ces personnes semblent/ sont souvent compétentes sur le plan médical. Ce comportement entraîne de nombreuses investigations et interventions médicales inutiles. Le parent concerné apparaît ainsi aux yeux des tiers comme une personne se préoccupant de la santé de l'enfant, dont personne ne connaît la maladie et qui, par conséquent, ne peut pas être aidé. Ce parent retire ainsi un bénéfice secondaire de la « maladie ». Cette attitude relève le plus souvent d'une pathologie psychiatrique grave, souvent liée à une propre expérience de victime de maltraitance ou un syndrome de Münchhausen par procuration (synonyme : « fabricated or induced illness » et « medical child abuse »).

Concrètement, si au cours de la prise en charge d'un enfant vous êtes confronté-e à la description continue de nouveaux symptômes pathologiques — et à la disparition inexplicable d'anciens symptômes sans traitement—, pensez à ce syndrome. En particulier si les symptômes sont inhabituels (p. ex. nourrisson présentant régulièrement un saignement à plusieurs semaines d'intervalle, une fois buccal, puis vaginal, hémoptysie, puis saignement anal) et tout particulièrement si à chaque fois l'examen ne révèle rien d'anormal (dans cet exemple : aucune trace de sang, hémoglobine normale, coagulation sanguine normale, etc.). Il en va de même pour des maladies que vous-même et des médecins expérimentés n'ont encore jamais rencontré-e-s : soit vous avez découvert une nouvelle maladie (ce qui est plutôt rare), soit il s'agit d'un syndrome de Münchhausen par procuration. Si vous avez cette suspicion, vous voici confronté-e à une situation médicale des plus complexes : cherchez alors rapidement conseil auprès d'un groupe de protection de l'enfance d'une clinique pédiatrique pour savoir comment procéder. Il ne faut jamais confronter au préalable la mère ou d'autres membres de la famille.

## 3.6 Les singularités comportementales comme indice de maltraitance des enfants

Le concept de l'étude ACE (Adverse Childhood Experiences) repose sur la mise en corrélation des expériences négatives vécues par un enfant (ACE) avec sa qualité de vie à l'âge adulte. Les ACE sont toutes les expériences négatives qu'un enfant a subies : toutes les formes de maltraitance, mais aussi l'expérience de la guerre ou de catastrophes. De nombreuses études ont démontré que les ACE ont de nombreuses répercussions sur la vie future, autant sur le plan somatique que psychique et économique. En font également partie les singularités comportementales durant l'enfance. Elles sont la conséquence des traumatismes vécus et traduisent la manière dont l'enfant fait face à cette situation. Du fait que les enfants disposent de facteurs de protection extrêmement différents (résilience), les changements de comportement peuvent eux aussi être très variés — même pour des traumatismes comparables ; ils dépendent en outre de l'âge de l'enfant ainsi que du rôle et de la relation liant l'auteur-e à l'enfant.

Les singularités comportementales comme indice de maltraitance ne sont pratiquement jamais spécifiques à un type de traumatisme : par exemple, 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 de longue durée, un harcèlement continu à l'école ou le décès d'un parent. Il faut donc se garder d'interpréter certains symptômes sans connaître précisément l'histoire de la vie de l'enfant et le contexte général dans lequel il/elle vit. Les listes de symptômes doivent donc être utilisées et interprétées avec une extrême prudence. S'adresser à un-e psychologue ou psychiatre est toujours judicieux dans de telles situations.

### Possibles symptômes psychosomatiques

- Troubles du sommeil
- Troubles alimentaires (prise ou perte de poids)
- Douleurs chroniques (ventre, 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, toxicomanie
- Tendances suicidaires
- Fugues, mensonges, refus de l'effort, délinquance
- Régression
- Baisse des résultats scolaires

### Possibles conséquences psychologiques/psychiques 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 d'une urgence

#### Déclarations

Particulièrement en cas d'abus sexuel, mais aussi en présence d'autres types de maltraitance, les propos de l'enfant revêtent une importance majeure. Les déclarations spontanées faites à ce sujet doivent donc être immédiatement retranscrites mot à mot dans le dossier du/de la patient-e, avec les expressions propres à l'enfant (par ex. même en dialecte), en précisant le contexte de ces déclarations (lors de l'examen abdominal ou génital) et en indiquant la ou les personnes présentes (père, mère, tiers). Les réponses à une question posée peuvent aussi avoir de l'importance ; dans ce cas, il convient 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 est sans valeur juridique et peut même interférer avec les interrogatoires formels menés ensuite par les autorités judiciaires (voir ci-dessous).

#### Constats

La documentation de constats visibles n'a d'importance que si elle est précise et pertinente. Elle est dans ce cas d'une valeur inestimable, car les lésions des

muqueuses et de la peau guérissent ou se modifient rapidement. La documentation peut comporter des photographies, des dessins ou des vidéos.

### Documentation sur le long terme

Au cours du suivi à long terme d'un enfant victime de maltraitance et de sa famille, il arrive que le/la pédiatre s'étonne des propos entendus et constats observés. Sur le moment, il n'y a généralement pas de motif suffisant pour nommer une suspicion, et souvent, le sentiment de malaise se manifeste une fois la famille repartie. De tels constats, pensées et sentiments doivent être consignés-e-s dans le dossier du/de la patient-e, peut-être dans une couleur différente ou identifié-e-s de manière spécifique : chacun-e utilisera sa propre méthode. La plupart de ces notes ne seront plus jamais consultées, car la situation de suspicion reste isolée. Si la suspicion se répète, les anciennes notes seront alors d'une aide précieuse. Elles seules permettront une interprétation objective d'un événement généralement complexe. Cela est particulièrement le cas lorsque les parents coupent tout contact.

## 5. Démarche à adopter

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

L'objectif de tous les efforts est d'éviter la mise en danger du bien-être de l'enfant ou d'y mettre un terme. Les méthodes dans ce but sont nombreuses, mais chacune doit être individualisée selon la situation. Les solutions standards sont toujours inopérantes. Il convient de chercher la meilleure solution dans la situation avec l'aide de spécialistes, selon le principe «jamais seul-e». En cas de grave mise en danger, la protection immédiate de l'enfant constitue la mesure la plus urgente.

### 5.2 Comment procéder en cas de suspicion de maltraitance

Si la suspicion a été éveillée, c'est qu'il a dû se produire un certain nombre d'événements, car nous avons tous et toutes tendance à refouler ou à minimiser d'abord la perception de la maltraitance d'un enfant. La suspicion doit par conséquent être prise au sérieux, acceptée et il faut agir de manière adéquate.

**Agir** de manière adéquate signifie :

- Réunir la documentation antérieure ou actuelle et faire le point de la situation.

- Prendre contact avec un service de consultation/de conseil pour la démarche à adopter en cas de maltraitance d'enfants. Ces services existent partout en Suisse.<sup>1</sup> Le conseil peut se faire sous couvert d'anonymat, sans citer le nom du/de la patiente. Il n'y a pas (encore) lieu de se soucier d'une éventuelle violation du secret professionnel.

**En collaboration avec ce service de consultation**, la démarche à adopter sera définie, notamment par rapport aux questions suivantes :

- L'enfant a-t-il besoin d'une protection d'urgence (p. ex. hospitalisation) ?
- Faut-il exprimer sa suspicion 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 pénale, même avec une très faible probabilité, est de l'ordre du possible, les auteur-e-s présumé-e-s ne doivent pas en être informé-e-s ! Il en va de même pour les personnes dont le silence à l'égard des suspect-e-s n'est pas garanti.

La démarche adoptée doit être consignée dans le dossier du/de la patiente ou dans des notes séparées.

<sup>1</sup> [www.aide-aux-victimes.ch](http://www.aide-aux-victimes.ch)

## 6. Facteurs de risque

La maltraitance des enfants résulte toujours d'une combinaison de différents facteurs et jamais d'un unique facteur de surcharge ou de risque. Le cumul de plusieurs facteurs de risque conduit à une surcharge avec réduction de la tolérance au stress, perte de contrôle et incapacité de comprendre les besoins de l'enfant et/ou d'y répondre. Cela est valable pour tous les types de maltraitance hormis l'abus sexuel, pour lequel le profil de l'agresseur-e et la dynamique sont entièrement différents.

### Les facteurs de risque les plus fréquents

#### Facteurs familiaux

- Isolement social, 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/singularité psychologique (dépression post-partum)

- Maladie chronique d'un parent
- Délinquance d'un parent
- Conflit de couple, séparation, divorce
- Violence domestique
- Châtiment corporel vu comme moyen éducatif
- Attente démesurée des parents (quant à l'enfant)

#### Facteurs spécifiques à l'enfant

- Naissances multiples (jumeaux, triplés, etc.)
- Grand-e prématuré-e
- Bébé hurleur
- Comportement alimentaire problématique
- Troubles du sommeil
- Situation de handicap
- Maladie chronique

## 7. Situation juridique en Suisse

Auteure: **Roxanne Falta**

### Le système de protection de l'enfance en Suisse

La protection de l'enfant est un terme générique aussi utilisé dans les dispositions légales visant à protéger les enfants de tout dommage ou préjudice. Le concept fondamental à la base du système de protection de l'enfance implique que la responsabilité du bien-être de leur enfant incombe aux parents. Garantir **le bien ou bien-être de l'enfant** est prioritaire en droit de l'enfant et doit être pris en compte dans tous les domaines concernant le/la mineur-e.

Les parents doivent dès lors créer les conditions-cadres permettant à l'enfant le meilleur développement possible sur les plans physique, psychologique/psychique, mental et social. A cet effet, les parents sont investis de droits, mais aussi de devoirs leur permettant de prendre les décisions adéquates pour l'éducation, la représentation et l'épanouissement de leur enfant.

### Protection de l'enfant basée sur la participation volontaire

S'il existe à l'égard de l'enfant ou dans la famille en général des incertitudes ou des sollicitations que les parents ne peuvent plus

maîtriser, ils doivent alors demander un soutien extérieur. Si les parents acceptent librement cette offre de soutien des services de consultation, cela peut suffire à assurer le bien de l'enfant. Il s'agit alors de protection de l'enfant basée sur la participation volontaire, laquelle englobe notamment le conseil éducatif, le conseil aux mères et pères, les prestations des services sociaux ou les services psychiatriques destinés aux enfants et adolescent-e-s. Il n'est pas rare que ces mesures de soutien de faible intensité permettent d'éviter le recours aux mesures de protection de l'enfant en droit civil.

### Protection de l'enfant en droit civil

Lorsque la protection de l'enfant basée 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 d'assurer le bien-être de leur enfant, celui-ci risque d'être mis en danger. Il est du devoir de **l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA)** de clarifier ces mises en danger (par des enquêtes sociales) et, le cas échéant, d'ordonner des mesures afin d'empêcher une péjoration 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 droit civil.

Les mesures de protection de l'enfant du Code civil (CC) sont indépendantes de toute faute et ne sanctionnent pas. Elles visent à empêcher la mise en danger du bien-être de l'enfant, à soutenir et à 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 lors d'un examen un-e médecin constate que le bien-être de l'enfant ou son développement peut être mis en danger ou est en danger, il doit le signaler à l'Autorité de protection de l'enfance.

Les médecins ont le droit de transmettre les données de leurs patient-e-s dans les conditions suivantes uniquement:

- si le/la patient-e a donné son consentement (quand il s'agit d'un enfant, c'est généralement le consentement de ses représentant-e-s légales-aux qui est demandé, ce qui peut s'avérer difficile à obtenir selon la volonté de coopérer ou non des parents ou selon la situation ne pas être dans l'intérêt de l'enfant); ou

- si l'Autorité supérieure délègue le/la médecin du secret professionnel. Cela représente un certain effort administratif qui peut régulièrement conduire à des retards et éventuellement à une péjoration croissante de la situation de l'enfant;
- si une loi prévoit la transmission des données (le droit et l'obligation de signaler sont stipulés dans 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'enfant est en vigueur depuis le 1.1.2019. Cet article prévoit que les médecins sont habilité-e-s 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 du/de la patient-e. En droit fédéral, il **n'existe pas d'obligation générale d'aviser/de signaler**.

**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 aux pages suivantes), s'ils ont connaissance d'un enfant en danger.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Un aperçu des dispositions d'aviser cantonales est disponible à l'adresse: [www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/meldrechte-und-meldepflichten](http://www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/meldrechte-und-meldepflichten); dernière consultation le 1<sup>er</sup> octobre 2019

La violation d'une obligation d'aviser/de signaler n'est pas punissable 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 avoir lieu (art. 11 al. 2 CP). La condition préalable est que le préjudice subi par une victime du fait de l'infraction aurait pu être évité avec une grande certitude grâce au signalement à l'APEA.

En principe, un signalement ne doit être fait qu'après une pesée détaillée des **intérêts respectifs**, qui doit être effectuée par le/la médecin concerné-e. Celui/celle-ci doit toujours vérifier si le signalement permet d'assurer ou de restaurer le bien/ bien-être de l'enfant. Assurer le bien/ bien-être de l'enfant est dans tous les cas prioritaire. Il est possible que la relation de confiance entre le/la médecin et l'enfant ou ses parents soit mise à mal par la transmission d'un signalement. Dans certaines circonstances cela peut constituer une mise en danger supplémentaire pour l'enfant (dans le sens où les parents peuvent par exemple refuser à l'avenir de conduire l'enfant chez le/la médecin ou changent constamment de praticien-ne à la suite de ce signalement). Lors de cette pesée des intérêts respectifs, les intérêts d'autres enfants potentiellement concerné-e-s par la mise en danger (p. ex. frères et sœurs) doivent également être considéré-e-s. Selon la situation, il peut aussi être utile d'obtenir l'accord de l'enfant concerné, qui est capable de

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

Si, après avoir soupesé les intérêts, le/la médecin en vient à conclure qu'un signalement est plus bénéfique que préjudiciable pour l'enfant, il peut l'adresser 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 transmis à l'Autorité de protection de l'enfant de son lieu de séjour. L'objet du signalement comprend l'identité de l'enfant et de sa famille ainsi que l'ensemble des faits et observations qui permettent d'établir que le bien/bien-être 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 objectif d'investiguer et d'examiner la situation de l'enfant afin de déterminer s'il y a effectivement mise en danger et dans quelle mesure la famille peut être aidée. Une décision est prise à l'issue de cette procédure quant à d'éventuelles mesures de soutien à la famille ou de protection de l'enfant.

### Assistant-e-s médicales-aux et autres auxiliaires

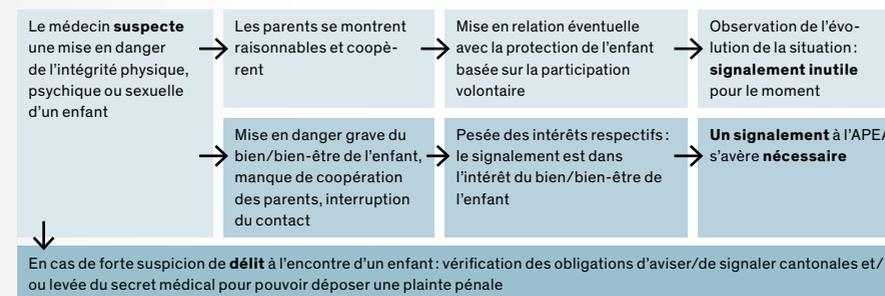
Les professionnel-le-s qui aident les médecins (p. ex. infirmière-ère, assistant-e-s médicales-aux, ergothérapeutes et physiothérapeutes, etc.) sont dénommé-e-s « auxiliaires » au sens juridique. Ils **ne** sont **pas** soumis au même droit de signalement que les médecins. Comme les médecins, les auxiliaires sont soumis-e-s au secret professionnel protégé par le droit pénal (art. 321 CP). Si un-e auxiliaire souhaite effectuer lui/elle-même un signalement, il/ elle doit se faire délier du secret médical par l'Autorité supérieure ou 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 soupeser les intérêts respectifs afin de décider s'il est indiqué 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 au bien/bien-être de l'enfant », le droit pénal n'intervient que lorsque les suspicions d'une atteinte pertinente au sens du droit pénal sont suffisant-e-s. L'obligation d'un dépôt de plainte pour les médecins est soumise aux lois cantonales (généralement la loi sur la santé). Il existe ainsi une obligation de signaler dans presque tous les Cantons en cas de décès suspect. En l'absence d'obligation de signaler ou de déposer une plainte, le/la médecin est lié-e par le secret professionnel en droit pénal. S'il décide de soumettre un signalement, il doit se faire délier du secret professionnel.

Dans les procédures pénales, les enquêtes sont menées par la Police et/ou le Ministère public, qui ont pour tâche explicite de conduire des entretiens avec les enfants.

#### Déroulements possibles en cas de mise en danger du bien de l'enfant : <sup>1</sup>



<sup>1</sup> 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 ouvrages 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 maltraitance des enfants répertoriés dans les cliniques pédiatriques et a également pour objectif d'améliorer la protection de l'enfant en Suisse. [www.pediatricsuisse.ch](http://www.pediatricsuisse.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 adolescent-e-s; élaboration de directives en matière de protection médicale des enfants; promotion des groupes de protection de l'enfance. [www.dgkim.de](http://www.dgkim.de)

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)** Association faîtière des sociétés de médecine des enfants et des adolescent-e-s [www.dakj.de](http://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](http://www.gaimh.org)

##### The National Center on Shaken Baby Syndrome

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

##### The Shaken Baby Alliance

Sources et aides relatives au syndrome du bébé 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 publique, elle se mobilise pour que tous les enfants en Suisse soient protégés et que leur dignité préservée au sens de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. [www.protectionenfance.ch](http://www.protectionenfance.ch)

##### Fondation Enfants & Violence

Fondation suisse qui soutient des projets de prévention, de détection précoce et de lutte contre les maltraitances 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](http://www.unicef.ch)

##### ECPAT Switzerland

L'agence est rattachée à la Fondation protection de l'enfance Suisse et lutte contre la prostitution, la pornographie et la traite des enfants. [www.kinderschutz.ch/ecpat](http://www.kinderschutz.ch/ecpat)

##### A l'international

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

Organisation mondiale interdisciplinaire de protection de l'enfant [www.ispcan.org](http://www.ispcan.org)

##### American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)

Organisation faîtière interdisciplinaire américaine de protection de l'enfant [www.apsac.org](http://www.apsac.org)

##### Association of Child Protection Professionals

Organisation interdisciplinaire britannique de protection de l'enfant [www.childprotectionprofessionals.org.uk](http://www.childprotectionprofessionals.org.uk)

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

Société interdisciplinaire allemande pour les professionnel-le-s s'occupant de maltraitance physique et psychique, d'abus sexuel et de négligence d'enfants; organisation nationale partenaire d'ISPCAN. [www.dgfpi.de](http://www.dgfpi.de)

##### Deutscher Kinderschutzbund

Association fédérale défendant les droits de tous les enfants et adolescent-e-s en Allemagne dans le but de créer une société accueillante pour les mineurs favorisant le développement mental, psychologique et physique des enfants et adolescent-e-s [www.dksb.de](http://www.dksb.de)

#### Services 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](http://www.aide-aux-victimes.ch)

##### Elternnotruf

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

##### Conseils et aide 147

Conseil gratuit et confidentiel pour les enfants et adolescent-e-s. [www.147.ch](http://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.pediatriesuisse.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



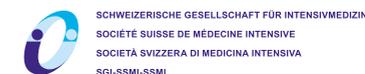
Société Suisse de Psychiatrie  
et Psychothérapie d'Enfants  
et d'Adolescents (SSPPEA)  
www.sgkjpp.ch



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](http://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](http://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](http://www.sggg.ch)

**gynécologie  
suisse**

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

[www.derma.ch](http://www.derma.ch)

**sgdv  
ssdv**

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

[www.psychiatrie.ch/sspp](http://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](http://www.sva.ch)

**ASA** Association suisse  
des professionnels de la  
médecine ambulatoire

**Foederation Medicorum Chirurgicorum  
Helvetica (FMCH)**

[www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)

**FMCH**



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

*Les enfants qui subissent de la violence physique, psychologique/psychique ou sexuelle ou qui sont en danger en raison de méthodes éducatives inadaptées peuvent être observé-e-s à un stade précoce par des groupes professionnels de différentes disciplines. Durant la petite enfance (avant l'âge de 3 ans) principalement, les pédiatres, médecins de famille ainsi que les conseillers-ères parents-enfants sont souvent les seul-e-s professionnel-le-s à être en contact régulier avec les enfants. C'est pour cette raison que la responsabilité de détecter des situations de mise en danger leur incombe. Cependant, ils/elles jouent aussi un rôle clé dans le développement ultérieur des enfants plus âgé-e-s, car leur réaction face à une mise en danger présumée ou réelle du bien-être de l'enfant détermine dans bien des cas si le/la mineur-e obtiendra la protection et/ou si les parents le soutien dont ils ont besoin pour écarter le danger.*

*Ce guide s'adresse aux médecins de différentes spécialisations ainsi qu'aux assistant-e-s médicales-aux. Il décrit les différents types de maltraitance des enfants et constitue un outil pratique leur permettant de mieux détecter les maltraitances et de mettre en place les mesures nécessaires à la protection de l'enfant. Il vise non seulement à soutenir les médecins dans la détection de situations de maltraitance avérée, mais aussi dans l'appréciation des situations de suspicion et à risque pour agir de manière adéquate.*

**Protection de l'enfance Suisse**

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

[www.protectionenfance.ch](http://www.protectionenfance.ch)  
[info@protectionenfance.ch](mailto:info@protectionenfance.ch)

  /protectionenfancesuisse  
 /kinderschutz\_ch  
 /kinderschutzschweiz