

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 30 avril 2024, a adopté le texte de ce rapport par 70 voix pour, 0 voix contre et 1 abstention.

Maltraitance physique chez l'enfant.

Améliorer le repérage, le diagnostic et la prise en charge dans le
secteur de la santé

Physical abuse in children

*Improving identification, diagnosis and management in the health
sector*

Marie-Paule VAZQUEZ, Jean-Michel HASCOËT (Rapporteurs)

Avec le Groupe de Travail : Pierre BEGUÉ, Jacques CATON, Olivier CLARIS, Jean DUBOUSSET, Emmanuel GRIMPREL, Marie-Thérèse HERMANGE, Thierry LAMIREAU, Yvon LEBRANCHU, Guy LEVERGER, Jacques MILLIEZ, Françoise SHENFIELD

Au nom des Commissions 8 et 9.

Déclaration des liens d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt autres que scientifiques avec le sujet du rapport.

RÉSUMÉ

La maltraitance à enfants a longtemps été ignorée. Les récents plans ministériels prévoient de nombreuses mesures de protection dont le déploiement d'unités d'accueil pédiatriques des enfants en danger (UAPED). Malgré toutes ces avancées, le diagnostic reste sous-estimé dans le secteur de

la santé avec une prévalence de l'ordre de 1 enfant sur 10 dans les pays à hauts revenus, toutes catégories de maltraitance confondues. La fréquence de décès serait de 1 enfant tous les 5 jours en France. Les violences subies durant l'enfance représentent une lourde perte de chance en termes d'espérance de vie, de santé, de développement et d'insertion. Le rapport est limité aux Maltraitances Physiques chez l'Enfant (MPE) et n'aborde donc pas les maltraitances sexuelles. Le maître-mot est la nécessité d'hospitaliser l'enfant pour une protection immédiate, une évaluation multidisciplinaire, les soins et l'alerte des autorités en temps utile. Les résultats de l'étude montrent une réelle prise de conscience de la MPE dans le secteur pédiatrique. Toutefois, le diagnostic peut être sous-estimé et banalisé chez l'enfant, ce qui signifie que l'étiologie « traumatisme infligé » doit être évoquée largement par le médecin quel que soit son lieu d'intervention. Il y a une amélioration nette de la formation dans ce domaine. Toutefois, le rapport met en évidence une insuffisance persistante des moyens humains dans les secteurs des UAPED, de médecine scolaire, de PMI et de pédopsychiatrie. Le psycho-traumatisme doit être pris en charge à court, moyen et long terme. Le diagnostic différentiel permet d'éliminer toutes les étiologies confondantes tels que traumatisme accidentel, maladie rare ou autres. Tout médecin doit pouvoir être guidé, accompagné et protégé pour les situations de MPE. Les médecins référents « Violences » des conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) doivent avoir une compétence dans le domaine de la MPE. L'académie nationale de médecine propose 6 recommandations : une hospitalisation prioritaire de tout enfant victime ou suspect de MPE jusqu'à ce que tous les éléments du diagnostic soient établis ; un renforcement des moyens humains des UAPED en y intégrant un temps de pédopsychiatrie ; un renforcement du repérage des situations à risque dès la maternité ; un renforcement de la protection et de l'accompagnement des médecins afin que ceux-ci n'hésitent plus à signaler les situations de MPE ; l'extension du périmètre du numéro 119 aux médecins et personnels de santé ; la création d'un registre national pour suivre l'épidémiologie et juger de l'efficacité des mesures prises.

MOTS-CLÉS

Enfants, Maltraitance Physique, Traumatismes non accidentels, Traumatismes infligés, Violences physiques.

SUMMARY

Child abuse has long been ignored. Recent ministerial plans provide numerous protection measures including the implementation of pediatric units for children in danger (UAPED). However, the diagnosis remains underestimated in the health sector with a prevalence of about 1 in 10 children in high-income countries, all categories of abuse combined. Death frequency could be up to 1 child every 5 days. Violence suffered during childhood represents a serious loss of opportunity in terms of life expectancy, development, and integration. This report is limited to Child Physical Abuse (CPM) and does not address abuse of sexual origin. The key message is the need to hospitalize any suspected child for immediate protection, multidisciplinary assessment, decision on care and alert of the authorities in due time. The results show an awareness of CPM in the pediatric healthcare sector. However, the diagnosis can be overlooked in children, meaning that the etiology “inflicted trauma” must be considered by any physician regardless of the place of intervention. There is a clear improvement in training on this subject. However, the report highlights a persistent shortage of human resources in UAPEDs, school medicine, maternal and child protection (PMI) and child psychiatry sectors. Psycho-trauma must be managed in the short, medium and long term. Differential diagnosis makes it possible to eliminate all confusing etiologies such as accidental trauma, rare diseases or any others. Every physician should be guided, supported, and protected in CPM situations. CDOM violence referral physicians must have expertise in the CPM field. The National Academy of Medicine propose 6 recommendations: mandatory hospitalization of any child victim or suspected of CPM until all elements of the diagnosis are established; improving the human resources of UAPEDs including child psychiatric monitoring; strengthening the identification of risk situations from pregnancy care period; protection and support of physicians so that they not weary to report CPM situations; the extension of the scope of 119 phone number to physicians and health professionals; the creation of a national registry to monitor epidemiology and evaluate the effectiveness of the measures taken.

KEYWORDS

Children, Physical Abuse, Non-accidental traumas, Inflicted traumas, Physical Violence.

INTRODUCTION

Glossaire

ASE : Aide Sociale à L'Enfance

CAMSP Centre d'Action Médico-Sociale
Précoce

CASED : Cellule d'Accueil Spécialisé de
l'Enfance en Danger

CCMR : Centre Compétence Maladies Rares

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des
Médecins

CIM -11 : Classification Nationale des
Maladies

CNOM : Conseil National de l'Ordre des
Médecins

CRIP : Cellule de Recueil des Informations
Préoccupantes

CRMR : Centre de Référence Maladies Rares

EN : Éducation Nationale

EPRRED : Equipes Pédiatriques Régionales
Référentes Enfants en Danger

FMC : Formation Médicale Continue

FSMR : Filière de Santé Maladies Rares

FST : Formation Spécialisée Transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEN Infirmière De l'Éducation Nationale

IEN : Inspecteur de l'Éducation Nationale

IP : Information Préoccupante

ITT : Incapacité Totale de Travail

MEN : Médecin de l'Éducation Nationale

MPE : Maltraitance Physique chez l'Enfant

Il a fallu des siècles pour faire reconnaître la Maltraitance à enfants et adapter les lois à leur protection. Tardieu, médecin légiste, publie en 1860 « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants ». Les progrès de la radiographie permettent à Caffey et Silverman, radiopédiatres, de publier autour des années 1950 les signes évocateurs. Les textes législatifs vont se succéder pour décrire les circuits d'alerte : soit au procureur de la République : Signalement Judiciaire (SJ), soit à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupante : Information Préoccupante (IP), ainsi que les circuits de prise en charge des enfants. L'article 226-14 du Code pénal précise : « *le signalement aux autorités compétentes (...) ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ». Les récents plans successifs de lutte contre les violences faites aux enfants pilotés par Adrien TAQUET puis par Charlotte CAUBEL (1) prévoient le déploiement d'Unités d'Accueil Pédiatrique des Enfants en Danger (UAPED) sur tout le territoire et de nombreuses autres mesures spécifiques. Malgré toutes ces avancées, le diagnostic reste sous-estimé dans le secteur

MOC : Maladies Osseuses constitutionnelles
ONPE : Observatoire National Protection de l'Enfance
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'information
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SBS : Syndrome du Bébé Secoué
SJ : Signalement Judiciaire
SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique Enfance en Danger
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique des Enfants en Danger
UHCD : Unité Hospitalisation Courte Durée
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
VAD Visites A Domicile
VVS : Vigilance Violences Sécurité

de la santé. L'ensemble « Maltraitements-Négligences », toutes catégories confondues, toucherait 1 enfant sur 10 dans les pays à hauts revenus, sans distinction sociale nette (2,3). La situation s'est aggravée lors des confinements liés à la pandémie COVID (4). Le Rapport étudie uniquement la maltraitance physique et n'aborde pas la maltraitance sexuelle.

Pendant le confinement COVID, une étude française a démontré, à l'aide d'un algorithme pour repérer la maltraitance physique, une augmentation de la part des enfants maltraités hospitalisés mais aussi une présentation plus grave avec un taux de mortalité majoré (5).

En France, les chiffres restent approximatifs car ils relèvent de plusieurs sources : 119, police, CRIP, associations, justice, aide sociale à l'enfance (ASE), observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) qui excluent le secteur de la santé. Les enfants hospitalisés sont repérés par le codage PMSI (CIM11) qui comprend plusieurs codes. Le code valorisant l'hospitalisation de la MPE est en T : *services physiques* T741. Il est proposé de coder T741 en associant systématiquement T743 *services psychologiques*. Des codes en Z, non valorisants, décrivent le contexte, les circonstances, les facteurs de risque. Reste le repérage dans les autres secteurs : urgences, consultations, secteur libéral, PMI, médecine scolaire pour lesquels les données ne sont pas regroupées. La fréquence de décès serait de 1 enfant tous les 5 jours. Les violences subies durant l'enfance représentent une lourde perte de chance en termes d'espérance de vie (réduction de 20 ans), de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion socio-professionnelle. Ces enfants ont plus de risques d'être atteints de maladies somatiques et mentales, de comportements dangereux et sont à risque d'addiction (6)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce Rapport est limité aux maltraitances physiques chez l'enfant (MPE) dans le secteur de la santé. Sont exclus les violences sexuelles, les violences psychologiques isolées et le harcèlement scolaire. Les MPE sont systématiquement accompagnées de maltraitance psychologique. Les négligences graves doivent être repérées car elles peuvent conduire aux MPE ou leur sont associées (10% des cas) (6). L'objectif est d'établir des recommandations pour améliorer le repérage, la prise en charge, la recherche et l'évaluation des nouvelles structures. Il est rappelé la nécessité absolue d'éliminer les diagnostics différentiels. S'est adjointe au fur et à mesure des auditions la nécessité de protéger le médecin signalant ou témoinnant.

Les membres du Groupe de Travail se sont appuyés sur 9 auditions d'experts, des interviews sur le terrain, des documents officiels et publications, 2 livres (7,8)

PERSONNALITES AUDITIONNEES

- Professeur Yann MIKAELOFF, neuropédiatre, PUPH Université de Paris-Saclay, expert près la Cour d'appel de Paris, responsable du Centre de protection de l'Enfant et de l'adolescent, Hôpital Bicêtre, APHP, Paris-Saclay
- Docteur Caroline GENET, médecin de l'Education Nationale (Bordeaux et Périphérie), Membre de l'AFPSSU et du CNEMS
- Docteur Caroline REY-SALMON, pédiatre des hôpitaux, médecin légiste, expert près la Cour d'appel de Paris, agréée par la Cour de cassation, UMJ Hôtel-Dieu, APHP. Chargée de mission Recommandations HAS 2017
- Madame Martine BROUSSE, Présidente de l'Association La Voix de l'Enfant
- Madame Aude CRISTAU, magistrate, Présidente de la Cour d'assises d'Indre-et-Loire
- Professeur Gisèle APTER, pédopsychiatre GH du Havre, Université Paris-Normandie ; responsable DIU Maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects médico-légaux
- Professeur émérite Catherine ADAMSBAUM, radio pédiatre, Université Paris-Saclay, Ex cheffe de service de radiologie pédiatrique, CHU Bicêtre, APHP, Expert près la Cour d'appel de Paris, agréée par la Cour de cassation. Chargée de mission Recommandations HAS 2017. Membre de la chaire « Maltraitance de l'enfant » à l'UNESCO.
- Docteur Anne BORSA-DORION, Praticien Hospitalier, Université de Nancy, cheffe de service des Urgences pédiatriques et de l'UAPED, CHRU de Nancy,

- Docteur Marie-Pierre GLAVIANNI-CECCALDI, Vice-Présidente du CNOM, présidente du Comité National des Violences Intra-Familiales
- Dr Anne-Marie TRARIEUX Présidente de la section Ethique et Déontologique du CNOM

RÉSULTATS

1. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA MPE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE.

Dans le plan ministériel Violences faites aux enfants 2020-2022, l'instruction DGOS du 3/11/2021 (Annexe 1) comprenait de nombreuses mesures concernant le secteur de la santé qui sont développées dans les paragraphes ci-après. Elles sont reprises dans le plan ministériel 2024-2027 avec des mesures supplémentaires comme la formation et la protection des personnels., le renforcement du 119.

La maltraitance physique chez l'enfant (MPE) s'entend de toute forme d'atteinte infligée au corps de l'enfant comme le pousser, le projeter, le secouer, l'étrangler, l'écarteler ou le serrer violemment, le frapper, le piétiner, le brûler...etc. Elle est la plus visible des maltraitances car elle laisse des traces physiques : fractures, alopecies, brûlures, contusions, ecchymoses, hématomes, pertes de substance, plaies, etc... Les particularités diagnostiques et la prise en charge sont décrites dans les livres et protocoles d'urgences pédiatriques, les consensus internationaux (9,10) et les recommandations HAS (11, Annexe 2). L'entretien avec les parents doit rester strictement médical et empathique. Une fois le diagnostic évoqué, les médecins hospitaliers ont accès aux protocoles et peuvent se faire aider par les référents maltraitance, les UAPED et les Unités Médico-Judiciaires (UMJ). Les médecins libéraux ont accès aux recommandations HAS et du CNOM mais choisissent souvent d'adresser l'enfant à l'hôpital ou directement aux UAPED. Les médecins scolaires ont leurs protocoles internes très précis mais peuvent également faire appel aux UAPED. La démarche est le plus souvent multidisciplinaire. Au moindre doute fondé d'une MPE, le médecin doit faire une IP auprès de la CRIP départementale, et peut contacter le médecin référent de la protection de l'enfance. En cas de MPE avérée, il doit la signaler (SJ) au procureur de la République (PR) du lieu de résidence de l'enfant, avec copie à la CRIP. Le PR détermine les mesures à prendre dans l'intérêt de l'enfant. Le médecin ne doit jamais mettre un tiers en cause et doit retranscrire entre guillemets les paroles du mineur ou de l'accompagnant.

2. DEPLOIEMENT DES UAPED – LIENS AVEC LES SERVICES D'URGENCES OU DE SPECIALITES PEDIATRIQUES, LA MEDECINE LIBERALE, LA MEDECINE SCOLAIRE, LA PMI, LES CAMSP.

Le projet des UAPED a été initié puis soutenu par l'association *la voix de l'enfant*. Il est partie intégrante des plans ministériels Violences faites aux enfants, dont le dernier 2024-2027. Le

développement des UAPED, structures essentielles, se poursuit sur tout le territoire national. L'objectif est de créer une UAPED par tribunal judiciaire, soit 164 UAPED en 2025. (Annexe 3). Cette action doit continuer avec des moyens humains appropriés.

Une UAPED regroupe, dans un Centre Hospitalier, des ressources spécialisées multidisciplinaires, et est référente pour le diagnostic, le parcours de soins et les démarches dans la MPE. Elle associe 3 volets.

Volet médical : il permet que les enfants bénéficient d'un parcours de soins adapté médical et psychologique, tout en s'assurant que leur protection est organisée (hospitalisation, protection judiciaire...). En cas de MPE, ou de suspicion, le médecin effectue un SJ ou une IP.

Volet judiciaire et médico-légal : l'UAPED permet que l'audition et les examens médico-légaux soient réunis en un seul lieu hospitalier dans des conditions adaptées à l'âge (Salle Mélanie pour audition et filmage)

Volet Ressources : l'UAPED assure des conseils, une réponse et une aide à tout médecin hospitalier, libéral, scolaire, de PMI ou CAMSP pour toute question liée au parcours de soins d'un mineur victime de MPE.

Liens des UAPED avec les Services d'Urgences pédiatriques.

L'exemple du Service d'Urgences pédiatriques du CHRU de Nancy montre que les Urgences sont un secteur médical majeur pour repérer la MPE. Le personnel est formé pour l'accueil, le recueil infirmier et l'examen médical d'un enfant maltraité. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) permet l'hospitalisation immédiate, l'évaluation de la situation et la protection de l'enfant. La création de l'UAPED s'est faite à partir de l'existant : Unité Maltraitance rattachée aux urgences, créée en 1993. Cette Unité a évolué du fait de l'augmentation d'activité, de sa reconnaissance par les services de chirurgie pédiatrique, de l'arrivée de la neurochirurgie pédiatrique puis de la Médecine légale en 2012. Elle devient Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance en Danger (CASED). En 2022 : l'UAPED est créée. Elle réunit la CASED rattachée aux Urgences et l'UMJ rattachée au service de Médecine légale. Les équipes du Service d'urgences ont accès aux documents pour tout type de violences, aux numéros de téléphone (UAPED, PR), aux consignes de rédaction. Si la MPE est avérée ou suspectée l'hospitalisation est impérative. Elle peut être difficile en raison de l'insuffisance de lits. L'évaluation médico-soignante se fait selon un protocole précis, soit dans les locaux spécifiques, soit l'équipe se déplace. Tous les dossiers sont examinés lors de la réunion pluridisciplinaire dédiée. L'équipe de pédopsychiatrie évalue tous les patients de l'Unité à Nancy, mais elle n'est pas disponible partout en France. On retrouve des organisations de ce type dans la plupart des UAPED. Elles sont rattachées

les plus souvent à des services d'urgences, ou à des services de pédiatrie générale ou de pédopsychiatrie.

Liens des UAPED avec les autres services et les pédiatres/médecins des départements.

Les UAPED ont des liens directs avec les services de pédiatrie et chirurgie pédiatrique, les pédiatres et médecins libéraux, les groupements hospitaliers, la Protection de l'Enfance, la PMI, les écoles.

Convaincre de signaler, trouver des solutions à l'insuffisance de lits (Intérêt d'une UHCD), faire face à des effectifs très insuffisants sont des difficultés structurelles pour répondre aux missions et assurer 1) les démarches, la recherche et l'évaluation. 2) la réponse aux demandes des médecins extérieurs, 3) les informations/formations.

3. PMI et CAMSP

La PMI, créée en 1945 a pour rôle la surveillance de l'enfant de la naissance à 6 ans. Elle est intégrée dans la protection de l'enfance et dans l'ONPE depuis 2007. Les services de PMI assurent des missions de santé publique et de prévention médico-sociale auprès des mères (et futures mères avec l'examen du 4^{ème} mois par les sages-femmes), et de leurs enfants. Ils effectuent des actions de proximité dans des points fixes de consultations sur le territoire (4 800 en 2019). Ces actions mobilisent des puériculteurs, des sages-femmes et des médecins dont la proportion a reculé nettement entre 2016 et 2019. Les visites à domicile (VAD) forment 58 % des actions qui ont aussi diminué de 4,5 % par an entre 2016 et 2019, pour s'établir à 435 consultations et VAD pour 1 000 enfants de moins de 6 ans (12). Les CAMSP, créés en 1976, prennent en charge les enfants vulnérables et leurs familles, ils permettent un repérage lors de la visite à domicile de l'assistante sociale.

Il n'existe actuellement aucune donnée publiée sur les maltraitances qui auraient été repérées en PMI ou en CAMSP, ni par les pédiatres ou généralistes acteurs de vaccination.

4. MEDECINE SCOLAIRE

La médecine scolaire concerne 12 millions d'élèves et a fait l'objet d'un rapport de l'académie nationale de médecine en 2017 (13). Les objectifs pour la santé des élèves se sont multipliés, mais le nombre de médecins de l'Éducation Nationale (MEN) est en diminution constante : de 1400 en 2006 à 900 en 2021. La répartition est hétérogène selon les régions, de 2000 à 46000 élèves par MEN. Le taux des visites médicales par un MEN pour les élèves de 6 ans varie de 0 à 90 % (40% en moyenne).

Au niveau des établissements, il existe des procédures claires. En **maternelle**, la visite de 4^{ème} année est assurée par les PMI en petite et moyenne sections puis par le MEN ou l'infirmière de l'éducation nationale (IDEN), à partir de la grande section (Visite 6^{ème} année). Le repérage des élèves nécessitant une visite médicale approfondie s'appuie sur les MEN, les IDEN, les professionnels de santé et l'équipe éducative. En **primaire**, les IDEN et les MEN travaillent avec le directeur et les personnels de l'école, le médecin conseiller technique de l'EN, le médecin de PMI, le psychologue, les services sociaux. En **secondaire**, sous la responsabilité du chef d'établissement, les MEN travaillent avec celui qui reçoit les confidences ou constate les lésions, avec les personnels de l'établissement et les conseils techniques. Toute IP ou SJ effectué à l'EN est adressée à la CRIP, comptabilisée par l'inspecteur EN pour le primaire et par le chef d'établissement pour le secondaire, et récupérée par les directions départementales, les rectorats puis par le ministère.

En Gironde, de janvier à septembre 2019, sur 299 SJ passés par la CRIP, 160 émanent de l'EN. En France l'EN est à l'origine d'un quart des transmissions d'IP aux conseils départementaux et des SJ à la justice. Les enfants se confient de plus en plus grâce aux actions de prévention et de formation. À noter qu'une grande majorité des MPE est perpétrée avant 3 ans. Grâce à la scolarisation obligatoire à 3 ans, il y a plus de possibilités de repérer la MPE.

Les difficultés des MEN : craintes de nuire aux familles, craintes d'agressions, pas de retours des IP et SJ transmis au ministère de l'EN... Les CRIP font en règle des retours dans les 3 mois mais les MEN souhaiteraient que l'ASE et la Justice fassent un retour qui rassurerait les professionnels sur leur démarche et sur le sort de l'enfant quand il a quitté l'école.

5. EXAMEN MÉDICO-LEGAL

L'examen médico-légal destiné aux enquêteurs policiers ou gendarmes et aux magistrats du parquet est réalisé sur réquisition judiciaire qui impose une prestation de serment auquel le médecin ne peut déroger. Il impose une séparation entre les constats et les soins. (8)

L'exemple de l'UMJ de l'Hôtel Dieu, APHP : L'unité reçoit 1500 mineurs suspects de MPE par an avec une augmentation du nombre de syndromes du bébé secoué (SBS) en 2021 (Confinement COVID). Parmi les enfants hospitalisés victimes de MPE, 50% ont moins de 12 mois et 66% ont moins de 3 ans. L'examen médico-légal se fait selon un protocole standardisé. L'accueil de la victime et de son accompagnant est effectué par une puéricultrice qui explique le déroulement de l'examen. Le médecin légiste fait le lien avec les services enquêteurs, l'institution à laquelle a été confiée l'enfant, les services hospitaliers et les médecins. L'entretien pour les enfants de moins de 7 ans se fait en

présence de l'accompagnant et sans accompagnant pour les plus âgés. Pour les jeunes enfants le médecin reçoit d'abord l'accompagnant, pour qu'il puisse revenir sur les faits et exprimer ses sentiments. Donner un temps au parent permet de lui redonner sa place à un moment où il a l'impression, du fait de la procédure judiciaire, que tout lui échappe. Pendant ce temps, l'infirmière joue avec l'enfant pour le mettre en confiance et favoriser l'examen ultérieur. Les grands enfants sont reçus par un binôme médecin/infirmière sans leur accompagnant qui est reçu en fin de consultation pour *restitution*. Le rapport d'examen médico-légal recense les lésions, fixe une Incapacité totale de travail (ITT), terminologie inadaptée pour un enfant. L'ITT, exprimée en jours, estime la gêne fonctionnelle et va servir au PR pour prendre des décisions et effectuer une 1^{ère} qualification. Le respect du secret médical est absolu pour ce qui ne concerne pas la MPE étudiée.

6. PSYCHOTRAUMATISME

Les soins psychiques

La mise à l'abri nécessite une hospitalisation immédiate avec évaluation multidisciplinaire. L'idéal est d'avoir un avis rapide de pédopsychiatre. C'est le cas de la plupart des UAPED mais la pédopsychiatrie est en effectif insuffisant. Les pédiatres des UAPED sont formés et le rôle des Infirmiers de pratique avancée est complémentaire de celui des psychologues (12).

La psychoéducation s'est beaucoup développée. Elle permet la prévention dans le cadre du suivi à long terme pour éviter la récurrence. Elle est importante pour les parents et les aidants. Il existe une disparité nationale des structures de pédopsychiatrie et le plan ministériel 2023-2027 insiste sur l'importance de poursuivre la création des Unités spécialisées dans la prise en charge du psycho-traumatisme (15 Centres actuellement) (1).

Les risques de psycho-traumatisme supplémentaire liés aux auditions

Ces risques sont diminués dans les UAPED ou UMJ pédiatriques. Par exemple, l'UMJ de l'Hôtel Dieu de Paris offre un dispositif de suivi psychologique pour l'enfant, sans lien avec la procédure judiciaire. Elle dispose aussi d'une psychologue pour les parents. Cela soulage l'enfant de voir ses parents pris en charge. Les mesures pour éviter les risques psycho-traumatiques supplémentaires chez l'enfant (8) comprennent l'information sur l'examen, des professionnels formés, le respect de l'intimité, le consentement et l'accompagnement de l'enfant. Les mesures pour éviter les risques pour l'accompagnant comprennent l'explication de l'examen même s'il n'est pas présent, l'obtention du consentement pour les prélèvements et les photographies, un suivi psychologique.

7. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A. Consensus sur les termes. Place des négligences graves

Les termes *Maltraitance*, *Accidents*, *Négligences* n'ont pas toujours le même sens d'un médecin à l'autre, ou entre médecins, juges ou avocats. Les différences d'interprétation peuvent concerner le Syndrome du bébé secoué (SBS), considéré à tort par quelques-uns comme un « accident », ou des situations d'exposition d'un enfant à un grave danger (Jeune enfant laissé seul dans son bain, dans un logement avec fenêtre ouverte, dans une voiture avec un animal...). Les négligences graves doivent être dépistées avant qu'elles n'aboutissent à une MPE, y compris à un décès. Elles se définissent par « *manque de* » : manque de soin, d'attention, d'éducation, de protection, qui constituent le quotidien de l'enfant. De façon inappropriée, les parents « négligents » attendent ou exigent que leur bébé s'adapte à leurs besoins sinon le parent se sent débordé, persécuté, angoissé. Cette sensation de « persécution parentale » par l'enfant est majorée quand l'enfant présente des vulnérabilités ou des handicaps. Le repérage des négligences inclut le repérage de la souffrance psychique de l'enfant, symptôme précoce et mal reconnu.

B. Apport de l'imagerie

Le radiologue est souvent en 1^{ère} ligne pour le repérage de la MPE. Il s'agit idéalement d'un radiopédiatre. S'il évoque le diagnostic il lui est conseillé de contacter des urgences pédiatriques afin de faire hospitaliser l'enfant. Il rédige son compte-rendu en termes de probabilité et avec les hypothèses diagnostiques différentielles le cas échéant. La qualité et l'interprétation des clichés sont fondamentales. Les radiographies du squelette ne doivent pas être pratiquées en urgence mais dans un second temps, une fois l'enfant hospitalisé. Il faut des clichés segmentaires avec les articulations sus et sous-jacentes, métaphyses et épiphyses. Les fractures-arrachements métaphysaires sont très évocatrices chez l'enfant de moins de 2 ans. En cas de doute, il faut répéter les radiographies afin d'apprécier l'évolutivité des signes, comme l'apparition d'appositions périostées. Sont particulièrement suspectes les fractures multiples, d'âges différents, bilatérales, les fractures-arrachements métaphysaires, les fractures des doigts, les diaphysaires spiroïdes des os longs avant la marche, ainsi que celles des vertèbres et arcs postérieurs des côtes. Les traumatismes thoraco-abdominaux infligés représentent la 2^{ème} cause de décès après le traumatisme crânien non accidentel.

C. Cas particulier du Syndrome du Bébé Secoué

Le SBS est la cause la plus fréquente de décès traumatique chez les nourrissons (13% des SBS). Les formes non létales sont associées à une morbidité sévère (75% des survivants ont des séquelles). Le

SBS a fait l'objet d'un consensus international en 2018 (10), de recommandations HAS en 2017, d'une lettre de cadrage HAS en 2023 pour une réactualisation prévue en 2024 (14). La pratique du scanner cérébral doit être facile. Les hémorragies rétiniennes sont fréquentes mais disparaissent vite (intérêt des photographies). Les éléments cliniques suspects sont variés (Annexe 4) et doivent conduire à l'hospitalisation pour permettre des explorations appropriées : scanner, IRM, radiographies du squelette, biologie. La présence d'hématomes sous duraux bilatéraux, multifocaux, est un élément essentiel au diagnostic mais non suffisant. Le scanner recherche la présence de fracture associée. L'arrachement des veines-ponts est pathognomonique d'un événement traumatique à haute cinétique. L'IRM montre le signe *du têtard* ou *de la sucette* indiquant que la veine est sectionnée avec le caillot de thrombose au niveau de la section. Les séquences pondérées en T2 montrent des lésions parenchymateuses, peu visibles au scanner d'où la nécessité de combiner les 2 techniques. L'IRM médullaire est recommandée. Il peut y avoir des hémorragies et des contusions médullaires sans fractures vertébrales du fait de l'élasticité des structures disco-vertébrales. L'IRM peut montrer des lésions cervicales musculaires associées aux formes graves.

Diagnostic différentiel du SBS : la prudence médicale est de mise pour éviter toute erreur diagnostique. Le principal diagnostic différentiel est le traumatisme accidentel. Les traumatismes violents accidentels peuvent entraîner des ruptures des veines ponts et des hématomes sous duraux diffus si la décélération est majeure : il existe alors un contexte d'accident de la voie publique ou de défenestration. Dans le cas du SBS les secouements sont violents, souvent répétés et produits par un adulte excédé par les pleurs de l'enfant avec un récit flou contrastant avec la prolixité de détails des parents relatant un traumatisme accidentel de la vie quotidienne.

Un petit nombre de personnes nie l'existence du SBS (15). Ce scepticisme repose sur un certain nombre de confusions (16) :

1. Confusion entre hématome sous-dural et collection sous durale séro-protéique non sanguine, sans caillot, ni dépôt d'hémosidérine, ni cloisons. Les veines-ponts sont normales.
2. Confusion entre les diagnostics médicaux et les verdicts judiciaires. « *Pas de condamnation* » ne veut pas dire que les médecins se soient trompés de diagnostic. Une Cour d'assises peut être convaincue de la MPE mais être sans certitude sur l'auteur des violences.
3. Certains ont proposé des diagnostics sans fondement scientifique pour nier le mécanisme maltraitant : complications de vaccins, d'accouchement, infections, maladie d'Ehler Danlos.

Ces confusions ont abouti à une remise en cause des recommandations de la HAS par une association d'usagers mais le Conseil d'Etat a débouté la demande du fait de l'absence d'arguments valides (17)

Prévention du SBS : vue la gravité des lésions et du pronostic, la prévention est capitale. L'entretien du 4^{ème} mois, inscrit dans le plan Périnatalité et dans les recommandations de la HAS figure dans la loi sous l'appellation « *Entretien systématique psychosocial* ». Il vise à dépister les facteurs de risque de MPE, travailler en amont, et peut être à l'origine de visites à domicile en postnatal. En cas de famille à risques, le réseau « Cocon » a été mis en place sur 3 régions pour suivre 13000 enfants. Des initiatives comme le livret pédagogique « Moi, Théo, bébé secoué » (18) sont à encourager.

D. Maladies Rares

Il faut éliminer toutes les variantes de la normale et les causes rares non traumatiques des lésions présentées par l'enfant (cerveau, moelle, œil, squelette, viscères, tissus mous). On recherche en particulier une anomalie de l'hémostase, une infection neuro-méningée, une maladie métabolique, une malformation vasculaire, une dysplasie métaphysaire, une apposition périostée physiologique, une tumeur, une fragilité osseuse constitutionnelle. Exemple du cas de l'ostéogenèse imparfaite de diagnostic parfois difficile. Dans ce cas, il est nécessaire de prendre l'avis d'un centre de référence ou de compétence maladies rares (CRM ou CCMR) des Maladies Osseuses Constitutionnelles (MOC) de la Filière de Santé Maladies Rares (FSMR) OSCAR. La synthèse et la conclusion de la RCP doivent être écrites.

Le plan maladies rares a permis la création de 23 Filières de Santé Maladies Rares couvrant l'ensemble de toutes les maladies rares sur le territoire. <https://www.filièresmaladiesrares.fr>

8. FORMATION DES MEDECINS

Formation Initiale : Dans la réforme de l'internat (EDN 2024), le programme comporte 13 unités d'enseignement et 367 Items qui comportent un ou plusieurs sous-items hiérarchisés en rang A, B ou C, les connaissances de rang A et B devant être acquises en fin de 2^{ème} cycle. L'item n° 57 *Maltraitance et Enfants en danger-PMI* comporte 19 sous-items de rang A et 11 de rang B qui recouvrent l'ensemble des problèmes de la MPE.

Formation secondaire en pédiatrie : les sous-items de rang C sont enseignés en 3^{ème} cycle. La MPE est enseignée dans les DES de pédiatrie, de Santé publique, DU Santé de l'enfant, DIU Maltraitance.

Formation médecins scolaires : Il existe une Formation Spécifique Transversale (FST) de médecine scolaire, ouverte aux internes du DES de médecine générale, de pédiatrie, de santé publique. La Formation Médicale Continue (FMC) est organisée par l'EN. L'exemple de Bordeaux : revues de pédiatrie et de santé scolaire, rencontres médico-juridico-sociales Bordeaux IV, Association Française

de Promotion de la Santé dans l'environnement Scolaire et Universitaire, Collège National des Enseignants en Médecine Scolaire, Congrès

Formation médecins UAPED : Les UAPED mettent en place un enseignement à l'intention de tous les intervenants. Par exemple, au CHRU de Nancy, sont concernés : les externes, les internes, les médecins du CHU et du département. Des documents explicites sont remis lors des formations.

Formation des radiopédiatres : La démographie des radiopédiatres est inquiétante à court terme. Le cursus est celui du DES de radiologie avec une surspécialisation en radiologie pédiatrique.

Formation de pédiatres légistes : cette formation **n'existe plus** depuis la réforme du 3^{ème} cycle avec la disparition des DESC et Capacités. Il n'y a pas de FST de pédiatrie médico-légale alors que le travail de légiste auprès des enfants nécessite une formation spécifique mixte pédiatrique et médico-légale. Le médecin doit être conscient qu'il sera touché par les propos, l'histoire et la détresse de l'enfant. Il y a des mécanismes de protection psychique, de mise à distance responsable de minimisation. Afin d'éviter l'essoufflement professionnel, il convient de travailler en multidisciplinarité coordonnée.

Formation des médecins experts : il faut des experts reconnus et validés par les Cours d'appel et/ou la Cour de cassation. Se pose le problème de leur renouvellement car il faut au moins 5 ans de formation. Les liens entre facultés de médecine et école nationale de la magistrature (ENM) sont importants à maintenir et à développer.

9. OBLIGATIONS ET PROTECTION DES MEDECINS

Selon plusieurs personnes auditionnées, les jeunes pédiatres, radiologues ou chirurgiens pédiatres sont réticents quant à signaler ou témoigner et veulent de moins en moins s'impliquer dans les expertises judiciaires. Ces réticences au signalement de la part des médecins peuvent s'expliquer par la crainte d'être accusé ou de recevoir des menaces, un manque d'expérience et/ou l'absence de retour de leurs actions. La mise en place d'un 'accompagnement et d'une protection des médecins est impérative

A. Obligations du médecin

Selon le Code de Déontologie Art 43 (article R.4127-43 du Code de Santé Publique), le médecin est le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé. L'article suivant précise que si un médecin discerne qu'une personne est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger. Pour un mineur, il doit alerter les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. Selon le Code pénal (art. R.226-14), si le médecin signale de bonne foi une

maltraitance, constatée ou présumée, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant les juridictions disciplinaire, civile ou pénale.

B. Accompagnement et protection par les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) et le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM)

La plupart des médecins auditionnés ou interviewés ont signalé une insuffisance de soutien de leur CDOM, que ce soit en conseil ou en accompagnement. Depuis 2022, le CNOM a fait de la question des violences aux enfants une priorité. Le Dispositif Vigilance Violence Sécurité (VVS) centré sur les violences faites aux femmes s'est étendu aux mineurs. Les Commissions départementales VVS (102 en 2023) créées pour accompagner les médecins dans les procédures ont permis l'élaboration de fiches pratiques et d'arbres décisionnels pour appréhender les situations de MPE et mettre en place les mesures adaptées (19). Les médecins référents Violences des CDOM doivent avoir une compétence dans le domaine de la MPE. Pour une IP, le modèle a été élaboré en concertation entre le CNOM, la société française de pédiatrie médico-légale, l'ONPE et les médecins référents de la protection de l'enfance (20). Ce document est adressé à la CRIP qui doit tenir au courant le médecin dans les 3 mois. Pour un SJ, il y a un modèle unique officiel, où le médecin note les signes cliniques, retranscrit les paroles du mineur entre guillemets, ne se prononce pas sur une éventuelle responsabilité et l'adresse au PR, copie à la CRIP. Il n'est pas prévu que le médecin soit informé des suites par le PR.

C. Liens entre médecins et justice

Beaucoup de médecins hésitent à témoigner ou à devenir experts d'autant qu'il existe actuellement une surmédiation des pseudo « erreurs médicales ». L'expert ou plus souvent en matière de maltraitance infantile, le Collège de médecins experts décrit les lésions, les mécanismes et leurs séquelles. Ces médecins doivent être dans la pédagogie vis-à-vis de profanes, et doivent être formés à la déposition.

La déposition en Cour d'assises :

Tout médecin, généraliste, pédiatre, radio pédiatre ou chirurgien pédiatre *ayant participé à la prise en charge* peut être cité comme *témoin* à comparaître. Il décrit les faits, est soumis à des questions non préparées et donne son avis. Il peut venir avec son dossier à la barre.

Le pédiatre, radio-pédiatre, gynécologue ou chirurgien pédiatre *expert* est chargé d'une mission par un magistrat ; il donne un éclairage technique, il ne parle que des points de sa mission et uniquement dans son champ de compétence. Il peut assister à l'audience. Il indique les doutes et les limites des

réponses aux questions posées par la Cour. Il peut s'appuyer sur des schémas et des photos si le Président en a donné l'autorisation préalable.

Choix de l'expert : parmi une liste des médecins agréés par la Cour d'appel ou la Cour de cassation, ou parfois hors liste en prêtant serment : « d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience ». Un médecin ne doit pas accepter une mission dans laquelle seraient en jeu ses propres intérêts, ceux d'un patient, de ses proches ou autre qui fait appel à lui (CDM, art. 105). Un médecin ne doit pas accepter une mission qui ne relève pas de sa compétence.

COMMENTAIRES DES RÉSULTATS

Il existe une réelle prise de conscience de la MPE dans le secteur pédiatrique. Les plans ministériels permettent d'organiser les parcours de soins et médico-judiciaires sur le territoire. Le diagnostic peut être sous-estimé, ce qui signifie que l'étiologie « traumatisme infligé » doit être systématiquement évoquée par le médecin. L'encadrement des juniors en formation est capital. Le rôle complémentaire des sages-femmes, puériculteurs, infirmiers est majeur. La crainte des conséquences d'un SJ ou d'une IP existe chez tous les personnels de santé.

HOSPITALISATION OBLIGATOIRE : L'hospitalisation d'un enfant victime ou suspect d'une MPE est aussi prioritaire que tout problème chirurgical ou médical urgent. Elle est indiscutable et doit répondre aux besoins médicaux, chirurgicaux et psychoaffectifs de ces enfants. Elle permet le traitement des lésions traumatiques et la protection de l'enfant, sans préjuger de qui est responsable. Chaque service pédiatrique doit s'organiser dans ce sens. L'hospitalisation permet d'avoir le temps de l'évaluation multidisciplinaire, d'agir de manière adaptée une fois tous les bilans réalisés, d'alerter les autorités en temps utile.

MOYENS HUMAINS DES UAPED : Il est nécessaire de reconnaître un temps médical dédié et suffisant pour les médecins des UAPED qui ont une mission de soins, d'enseignement et de recherche et ont souvent une autre activité. Il faut que les UAPED puissent remplir leur mission « Ressources » pour les médecins de tout le département : les aider, les conseiller, les accompagner sur les situations cliniques, les démarches, organiser des rendez-vous dans l'UAPED et/ou des RCP. Les effectifs de personnel doivent répondre à ces missions en tenant compte d'une égalité territoriale.

MEDECINE SCOLAIRE : le statut des MEN leur donne un grand rôle dans le repérage de la MPE. Ils doivent être suffisamment nombreux, avoir les connaissances médicales et la maîtrise du fonctionnement de l'EN. Le MEN a un rôle de médiateur, de formateur, de partenaire avec les familles. Le repérage MPE en milieu scolaire est une affaire de tous. Le MEN est formé sur le sujet. Son conseil technique aux équipes éducatives est précieux. Les enfants à l'école se confient davantage aujourd'hui. Il est important de continuer à leur faire connaître leurs droits et favoriser les espaces de parole. Il existe une hétérogénéité car certains départements n'ont pas ou peu de MEN. Les MEN demandent un retour de leurs actions par la CRIP, l'ASE et la justice et une protection et un accompagnement par leur institution et leur CDOM.

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE A COURT, MOYEN ET LONG TERME : Toutes les études soulignent que la famille est le premier lieu dans lequel s'exerce la MPE. Un support psycho-social est indispensable pour aider à une stabilisation familiale de même que des mesures éducatives. Il ne faut pas sous-estimer le risque de psycho-traumatisme qui existe à court et moyen terme et peut, à long terme, se répéter sur plusieurs générations. Les structures de prise en charge du psycho-traumatisme doivent être suffisantes, ce qui fait partie des plans ministériels récents.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET RCP : Tous les diagnostics différentiels doivent être envisagés et éliminés dans chaque cas de suspicion de MPE. Le diagnostic doit être établi de manière multidisciplinaire sans hésiter à prendre un avis auprès d'un CRMR/CCMR si besoin. Pour les cas complexes, il faut organiser une RCP régionale de recours qui est une des missions des équipes pédiatriques régionales référentes des enfants en danger (EPRRED) (Annexe 1). Ce rôle est dédié à certaines UAPED pour chaque région. L'importance d'éliminer les diagnostics souligne la difficulté de la temporalité du placement éventuel de l'enfant. En cas de difficultés diagnostiques, l'hospitalisation prolongée permet de protéger l'enfant tout en réalisant les bilans indispensables à la confirmation multidisciplinaire du diagnostic par la RCP régionale.

REPÉRAGE et PRÉVENTION : Il faut inclure la question systématique d'une possible MPE devant toute lésion traumatique dans les dossiers systématisés médicaux et infirmiers. Parmi les enfants hospitalisés pour MPE, 50% ont moins de 12 mois. Une prévention est déjà prévue avec la consultation prénatale du 4^{ème} mois, mais réalisée à 40%. Des entretiens médico-psycho-sociaux sont organisés dans les maternités pour l'évaluation des situations à risque et doivent être renforcés. On

souligne l'importance du travail préventif des sages-femmes et des unités mobiles de pédopsychiatrie. La prévention touche autant les pères que les mères

Il faut souligner l'intérêt du numéro d'appel 119, service national d'accueil téléphonique enfance en danger (SNATED). Ce numéro a une double mission : 1) accueillir les appels d'enfants et de toute personne confrontée à une MPE ; 2) transmettre les IP aux CRIP. Une équipe accueille les appelants et les oriente vers le plateau d'écoute. Ce plateau « d'écoutes » comprend des psychologues, travailleurs sociaux, juristes qui ont la connaissance des fonctionnements institutionnels, administratifs et judiciaires. Le Plan ministériel 2024-2027 prévoit un renforcement des moyens du SNATED. Il serait particulièrement utile d'étendre spécifiquement le périmètre du 119 aux médecins et personnels de santé en facilitant l'orientation de leurs appels soit vers les UAPED (Mission Ressource de celles-ci), soit vers les différentes structures appropriées à la situation.

FORMATION : La formation initiale est très améliorée dans le nouveau programme des études médicales. La FMC est bien développée dans le secteur pédiatrique et les structures spécialisées. Le manque de pédopsychiatres et de radio-pédiatres est devenu une réalité.

Restent la formation médico-judiciaire pour les médecins des UAPED qui doit être renforcée, et surtout la nécessité d'une formation de *pédiatre légiste* qui doit être impérativement réinstallée.

PROTECTION ET ACCOMPAGNEMENT DU MEDECIN : Les médecins référents « Violences » des CDOM doivent avoir la compétence et l'expérience dans la MPE. Tout médecin exerçant doit pouvoir être guidé, accompagné et défendu par son CDOM pour les situations de MPE lorsque tout est fait correctement.

RETOUR DES ACTIONS

Beaucoup de médecins se plaignent du retour insuffisant de leurs actions. Dans le Département 54, les PMI et la CRIP font des retours précisant les démarches effectuées mais aucun retour au niveau judiciaire. Les CRIP doivent tenir au courant celui qui a rédigé l'IP dans les 3 mois. Il n'y a pas ou très peu de retour des procureurs. Si l'enfant est hospitalisé on doit connaître les droits de visite et comment organiser la sortie. Le médecin scolaire doit savoir ce qui a été décidé pour l'enfant

L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE FAIT LES 6 RECOMMANDATIONS SUIVANTES

- 1) **Hospitaliser tout enfant victime ou suspect d'une maltraitance physique, pour le soigner et le protéger, et ce tant que tous les éléments du diagnostic ne sont pas établis.**
- 2) **Renforcer les moyens humains de chaque UAPED et y intégrer un temps de pédopsychiatrie.**
- 3) **Renforcer la prévention et le repérage des situations à risque dès la grossesse, en renforçant la consultation du 4^{ème} mois et le suivi à domicile.**
- 4) **Renforcer la protection et l'accompagnement des médecins** afin que ceux-ci n'hésitent plus à faire hospitaliser, repérer et signaler les situations à risque ou avérées de maltraitance.
- 5) **Étendre le périmètre du numéro 119 aux médecins et personnels de santé** en facilitant l'orientation de leurs appels vers les UAPED.
- 6) **Créer un registre national pour suivre l'épidémiologie et juger de l'efficacité des mesures mises en œuvre.**

CONCLUSION

La MPE est un problème de santé publique qui doit être abordé en tenant compte de la qualité de l'accueil qui doit être fait avec bienveillance, même si la situation est psychologiquement difficile pour tous. Le rôle de l'équipe médicale n'est pas 1) de savoir qui est l'auteur, 2) ni pourquoi, ni de le juger mais de protéger l'enfant. Quel que soit le résultat final, c'est un vrai traumatisme pour les parents. L'hospitalisation est la ressource obligatoire permettant une protection immédiate, une évaluation multidisciplinaire, une prise en charge optimale dont les soins des blessures, des actions adaptées, l'alerte des autorités en temps utile, hospitalisation qui est toujours acceptée par les parents et qui souvent les soulage. La sémantique est importante car les mots prononcés auront un retentissement. Dans cette optique, certaines appellations mériteraient d'être corrigées car source de confusion comme l'expression « ITT » pour un enfant qui pourrait être utilement remplacé par le terme : *Incapacité Fonctionnelle* (IF).

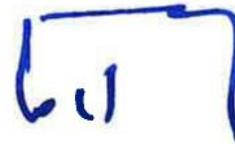
REFERENCES

1. Plan 2023-2027 contre les violences faites aux enfants.
<https://www.gouvernement.fr/actualite/plan-2023-2027-contre-les-violences-faites-aux-enfants-22-actions-pour-agir>

2. A. Tursz. *Définitions et approche épidémiologique de la fréquence et de la maltraitance en France* dans Ed C. Rey-Salmon et C. Adamsbaum *Maltraitance chez l'enfant*. Lavoisier 2013 p. 4-9
3. Gilbert R., Saptz Widom C., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. *Burden and consequences of child maltreatment in high- income countries* Lancet 2009: vol 373: 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
4. N. Pereda, D. A. Díaz-Faes. *Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2020 Oct 20;14:40. doi: 10.1186/s13034-020-00347-1.
5. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S, Gilard-Pioc S, Mikaeloff Y, Jollant F, François-Pursell I, Jud A, Quantin C. *Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period*. Child Abuse Negl. 2021;122 :105299. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105299.
6. Bellis MA, Ashton K, Hughes K, Ford K, Bishop J, Paranjothy S. *The prevalence of adverse childhood experiences and their impact on health-harming behaviour in the Welsh adult population*. European Journal of Public Health, 2016; 26 (Suppl 1) <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw167.009>
7. *Maltraitance chez l'enfant*, Ed C. Rey-Salmon et C. Adamsbaum, Lavoisier, Paris, 2013
8. *Pédiatrie Médico-légale, Mineurs en danger*, Ed M Balençon, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2020
9. Mankad , Jai Sidpra , and Al. *International Consensus Statement on the Radiological Screening of Contact Children in the Context of Suspected Child Physical Abuse*. JAMA Pediatr 2023 Mar 6. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.6184.
10. Choudhary AK, Dies Suarez P, Binenbaum G, Guandalini M, Cain T, Adamsbaum C and al. *Consensus statement on abusive head trauma: additional endorsements*. Pediatr Radiol. 2019 Mar;49(3):421.
11. Fiche Mémo HAS Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Octobre 2014 MAJ 2017
12. *Rapport DREES. Etudes et résultats. Mars 2022, n°1227*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
13. P. Begué rapporteur. Rapport 17-08. *La médecine scolaire en France* . Bull Acad Ntle Med., 2017, 201 :957-72.
14. Note de cadrage HAS, Syndrome du bébé secoué/Traumatisme crânien non accidentel par secouement, Actualisation des recommandations 26/04/2023
15. N.Lynoe, A. Erikson, G. Sebire, We need to find common ground as a point of departure from which we might resolve the SBS controversy. Bull Acad Natl Med 207 (2023) 310

16. C. Adamsbaum, L. Coutellec, *Pas de palier d'adhésion sans exigences scientifique et éthique* Bull Acad Natl Med 207 (2023) 314-316
17. A. Laurent-Vannier, *Syndrome du bébé secoué : les recommandations de la Haute Autorité de santé, avancées scientifiques essentielles*. Bull Acad Natl Med, Volume 207, ISSUE 3, Mars 2023, 317-318
18. Olivier Klein, livret pédagogique, *Moi, Théo, bébé secoué*,
19. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>.
20. <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>

Pour copie certifiée conforme



Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel