

Un cas de maltraitance infantile rapporté au service de pédiatrie du Centre Hospitalier National de Pikine : Dakar/Sénégal
Child maltreatment: about a case report in the Pediatric ward at Pikine National Hospital Center : Dakar/Sénégal

Ly F¹, Ly Ba A², Camara B¹, Keita Y³, Niang B⁴, N'dongo A³, Ba A², Sall Diouf A¹, Sakho Kane A¹, Sylla A³, Ndiaye O⁴

1 : Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National de Pikine, Dakar Sénégal

2 : Service de Radiologie du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer

3 : Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Aristide le Dantec

4 : Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer

Auteur correspondant : Fatou Ly Email : fatouly@gmail.com Cell : 00221776509950 Dakar/Sénégal

RESUME

Introduction : La maltraitance envers les enfants est le terme large que l'on utilise pour décrire les actes de violence et de négligence perpétrés envers les enfants.

Observation : Il s'agissait d'un garçon de 4 ans admis aux urgences dont l'examen clinique avait objectivé une anémie, une défense abdominale, des lésions cutanées multiples. La paraclinique avait montré une anémie et une thrombopénie sévères. La TDM cérébrale et thoraco abdomino pelvienne avait mis en évidence des lésions viscérales. L'issue avait été fatale malgré une prise en charge diligente.

Conclusion : Il faut penser à la maltraitance infantile devant tout polytraumatisme suspect chez un enfant.

Mots clés : maltraitance, Silverman, enfant

SUMMARY

Introduction: Child maltreatment is the broad term used to describe child abuse and neglect.

Observation: This was a 4-year-old boy admitted to the emergency department whose clinical examination had demonstrated anemia, abdominal defense, multiple skin lesions. Paraclinical showed severe anemia and thrombopenia.

Cerebral CT and pelvic thoraco abdominal examination had revealed visceral lesions. The outcome was fatal despite diligent management.

Conclusion: We must think of child maltreatment in the face of any suspicious polytrauma in a child.

Key words: maltreatment, Silverman, child

INTRODUCTION

La maltraitance envers les enfants est le terme large que l'on utilise pour décrire les actes de violence et de négligence perpétrés par les adultes ou les enfants plus âgés envers les enfants plus jeunes. C'est un grave problème de société et de santé publique, 40 millions d'enfants seraient touchés à travers le monde même si tous les cas d'enfants maltraités ne sont pas portés à l'attention des organismes publics et ne figurent par conséquent pas dans les statistiques officielles [1,2]. Les nourrissons et les tout-petits ont le taux de mortalité associée à la violence physique le plus élevé du fait de leur vulnérabilité physique et de leur relative invisibilité sociale. La violence à l'égard des enfants est provoquée par une interaction

complexe entre la personne, la famille et les facteurs de risque sociaux que sont : la pauvreté, la toxicomanie, la monoparentalité, la composition du ménage, le bas âge de la mère, la dépression parentale ou d'autres maladies mentales chez les parents, ainsi que la violence familiale. L'objectif de notre observation est de montrer que le diagnostic de la violence physique est rempli de défis sur le plan de la démarche car les professionnels de la santé ou de la protection de l'enfance doivent faire preuve de beaucoup de vigilance pour en reconnaître les stigmates [2,3].

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un garçon de 4 ans aux antécédents anté, per et postnataux

sans particularité, enfant unique de parents divorcés et confié à sa belle-mère dès l'âge de 3 ans et demi. Cette dernière âgée d'une vingtaine d'année était femme au foyer et avait déjà en charge un garçon de 4 ans issu d'un premier lit. Le père était ouvrier et ne rentrait que tard le soir au coucher. Il avait été amené au service d'accueil des urgences (SAU) du CHN de Pikine par sa belle-mère et le frère de cette dernière dans un contexte de polytraumatisme au décours d'une simple chute de vélo survenu le même jour à domicile. L'interrogatoire n'avait pas permis de retrouver une notion de choc violent du vélo contre un obstacle et ce tableau n'avait nécessité aucun soin au préalable selon sa belle-mère.

Au plan clinique, l'examen à l'admission avait objectivé un syndrome anémique, un ballonnement abdominal sensible avec défense, une attitude antalgique en flexion du membre inférieur gauche, des œdèmes du dos des pieds, une tuméfaction de tout le membre supérieur gauche, un volumineux hématome frontal, un hématome de la gencive supérieure et des lésions cutanées d'âges différents à type de dermabrasion du dos de la main, cicatrices multiples et anciennes de flagellation disséminées sur tout le corps, cicatrices de brûlures des organes génitaux externes et des fesses (Figure 1a, b).



Figures 1 a, b : Hématome frontal (▶), œdème et dermabrasion du dos de la main gauche (▶), brûlures des fesses (▶), multiples cicatrices de flagellation sur le dos et les fesses (▶).

Au plan paraclinique, le bilan avait objectivé une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 5,3 g/dl, une thrombopénie sévère à $26 \times 10^3/\text{mm}^3$ une CRP positive à 64,3 mg/l et une hypokaliémie sévère à 1,6 meq/l.

Devant ce tableau, la TDM réalisée montrait, au niveau cérébral l'absence de lésion traumatique intracrânienne récente mais un élargissement des cavités ventriculaires et des espaces peri-cérébraux en faveur d'une atrophie cortico-sous-corticale et au niveau thoraco-abdomino-pelvien, des foyers de contusion du lobe supérieur droit et du segment de Fowler gauche, un hémopéritoine cloisonné prédominant en péri-splénique, une solution de continuité de la rate et un aspect d'occlusion mécanique. (Figure 2a, b).

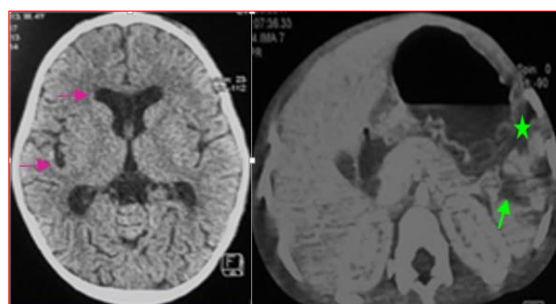


Figure 2 a, b : TDM cérébrale sans injection et TDM abdominale avec injection de produit de contraste en coupes axiales. Elargissement des cavités ventriculaires et des espaces pericérébraux (▶), hémopéritoine (★), solution de continuité de la rate (▶).

Devant le contexte familial, le discours changeant de la belle-mère et de son frère au cours de l'interrogatoire et la discordance entre la simple chute de vélo et la gravité et l'étendue des lésions cliniques et scannographiques le diagnostic de maltraitance infantile ou syndrome de Silverman fut posé. Au plan thérapeutique, il avait bénéficié d'une transfusion en urgence de culot globulaire, d'une supplémentation en potassium, d'une antibiothérapie et d'antalgiques en IV.

Malgré une prise en charge diligente l'issue avait été fatale 2 jours après son admission en réanimation dans un tableau de choc hémorragique avec persistance de l'anémie et de la

thrombopénie malgré de multiples transfusions.

L'administration de l'hôpital et le père (qui ne semblait pas se douter des actes de maltraitance infligés à son fils puisque absent du domicile familial toute la journée), furent informés. Une réquisition nous a été adressée par la police aux fins d'une autopsie et de poursuites judiciaires contre la présumée coupable. Devant la multiplication des preuves cette dernière a été appréhendée après avoir avoué les faits qu'elle jugeait correctionnels car l'enfant était énurétique et encoprétique. L'enquête suit toujours son cours.

DISCUSSION

Sur le plan épidémiologique, il n'y a pas d'estimations fiables à l'échelle mondiale sur la prévalence de la maltraitance infantile. En plus des difficultés nosologiques, dans bien des pays, on recueille peu de données épidémiologiques. De plus, les définitions de la violence physique sont établies en fonction de la culture; ce qui est jugé violent dans une société ne l'est pas nécessairement dans une autre. Dans bien des sociétés en Afrique, le recours à la violence physique à l'égard des enfants comme mesure disciplinaire est accepté par les enfants, sanctionné par les institutions publiques (telles que les écoles) [3].

Des enquêtes réalisées en 2008 ont permis de corroborer un taux de 14,19 victimes pour 1000 enfants au Canada [4], 10,3 pour 1000 enfants aux États-Unis [5] et plus du tiers de ces enfants, avaient moins de 6 ans [3]. Aux États Unis le premier mouvement de protection des enfants a vu le jour après l'histoire de Mary Ellen Wilson, fillette de 11 ans placée en famille d'accueil et victime d'une maltraitance physique et morale par ses parents adoptifs [6]. John Caffey, radiologue pédiatre américain à son tour s'intéressa à la présence d'une réaction périostée chez certains nourrissons et évoqua dans son manuscrit la violence physique entraînant des lésions squelettiques particulières et propres à l'enfant. Il avait constaté l'association d'hématomes sous-duraux à des fractures d'arcs postérieurs de côtes, ce qui définira plus tard le syndrome du nourrisson secoué [6]. Frédéric Noah Silver-

man assistant de Caffey, quant à lui a continué le travail en introduisant la notion de maltraitance physique des enfants, avec lésions squelettiques particulières et la responsabilité pénale des parents. Un autre pionnier fut Henry Kempe, du Colorado qui a vu affluer dans son service plusieurs cas de fractures et de lésions cutanées chez des nourrissons et des enfants dans un contexte douteux, avec des parents et des enfants à profils particuliers. Il organisa une plénière au congrès de "l'American Academy of Pediatrics" avec comme titre "the battered-child syndrome". En 1957 Kempe et Silverman ont conjugué leurs efforts dans un article qui a regroupé 302 observations d'enfants battus, ce travail avait signé l'acte de naissance du syndrome de Silverman [6].

En France les premières lois ont vu le jour en 1889. Au début du 20^{ème} siècle l'idée que des parents puissent maltraiter leurs enfants fut difficile à accepter par les médecins. Le premier médecin qui a décrit d'une façon systématique les manifestations cliniques, les circonstances et les conséquences envers les enfants d'une maltraitance fut un médecin légiste Auguste Ambroise Tardieu. Il s'est intéressé à tous les aspects de la maltraitance de l'enfant et a publié en 1860 un article basé sur l'analyse de 32 observations de violences physiques, dont 18 parmi elles étaient décédées [6].

Sur le plan clinique, le diagnostic de maltraitance physique n'est pas toujours facile, en effet la limite entre maltraitance et punition parentale sévère est mal définie. Si aucune lésion n'est pathognomonique, la peau et l'os sont les plus touchés [6]. Une seule blessure ne mène pas au diagnostic de violence; des blessures inexplicables, multiples ou atteignant plusieurs organes sont aussi fortement évocatrices de maltraitance. L'enfant maltraité présente souvent des signes de négligence, il présente un retard pondéral et de multiples blessures d'âges différents. La plupart des blessures se remarque le plus souvent sur la peau, mais les plus graves se situent au cerveau, à l'abdomen et aux organes internes comme chez notre patient dues probablement à un mécanisme de choc direct par un objet contendant [7]. Lorsque l'abdomen est sen-

sible, distendu où à paroi ecchymotique, une lésion viscérale doit être suspectée [8].

Les brûlures sont fréquentes et doivent toujours faire suspecter une maltraitance physique [6].

Chez notre patient ces brûlures siégeaient aux organes génitaux externes et aux fesses et avaient un pouvoir dissuasif et correctionnel chez un enfant énurétique et encoprétique.

Sur le plan paraclinique, les examens complémentaires ont pour objectifs de rechercher des étiologies aux lésions constatées et de faire un bilan lésionnel précis [7]. Une numération formule sanguine et un bilan d'hémostase sont nécessaires en cas de saignement ou d'ecchymoses [7]. L'American Collège of Radiology recommande de faire systématiquement les radiographies du crâne, thorax, bassin et rachis à la recherche de fractures anciennes ou passées inaperçues à l'examen [9]. La tomodensitométrie cérébrale est très utile en cas de traumatisme crânien complétée au besoin par une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) [9]. Chez notre patient, les lésions viscérales sont retrouvées à la TDM. L'atrophie cortico-sous-corticale est très probablement séquellaire de saignements répétés. Toutes ces lésions témoignent de la discordance entre le motif banal de consultation et la gravité des lésions décelées.

Sur le plan médico-légal, les auteurs de cette violence racontent souvent une fausse version des faits comme dans notre observation. Il faut toujours se méfier lorsque l'histoire change d'un questionnaire à l'autre chez une même personne et lorsqu'il y a une discordance entre les blessures et l'histoire rapportée par les parents [6]. Les conséquences pour la santé publique de la violence physique envers les enfants sont considérables, et peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte. Des études rétrospectives et prospectives ont montré de fortes associations entre des événements traumatiques cumulatifs durant l'enfance, tels que la maltraitance et le dysfonctionnement familial, et des maladies psychosomatiques à l'âge adulte [3,4].

CONCLUSION

La maltraitance des enfants est un problème grandissant dans notre société africaine, cependant, peu de programmes de traitement et de prévention sont élaborés pour lutter contre ce drame social et répondre aux besoins de ces enfants. Au Sénégal, le CEGID (Centre de guidance infantile et familiale) est une Organisation Non Gouvernementale créée par un psychologue clinicien en 1986. Elle a largement contribué à la réflexion sur les droits des enfants au Sénégal. Depuis 2009, elle développe un programme de lutte contre la maltraitance et les abus sexuels sur les enfants au Sénégal (formation, mise en réseau des acteurs, prévention et accompagnement psychosocial) dont les savoirs et savoirs faire sont partagés en Afrique et ailleurs. Il est primordial aussi de réduire la pauvreté et les fardeaux qu'elle occasionne et de mettre en place des politiques pour assurer des ressources suffisantes visant à éradiquer les principaux facteurs de risque qui favorisent la maltraitance. Des conditions de travail souples qui permettent aux mères et aux pères de trouver un équilibre entre le travail et leurs exigences parentales sont grandement nécessaires. Enfin, il y a besoin de diffuser des programmes sur l'art d'être parent fondés sur des données probantes. Une meilleure connaissance aussi des différents aspects du syndrome de Silverman permet aux acteurs de la santé de penser au diagnostic devant tout tableau de polytraumatisme suspect chez un enfant vivant dans un contexte familial délétère afin d'assurer une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tursz A, Gerbouin R P. Les chiffres et leur base juridique en France. Lavoisier; 2008.
2. Nico T, Mc Gill P D. Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : Épidémiologie Centre for Research on Children and Families, Canada Février 2012.
3. Runyan D K, Shankar V, Hassan F, Hunter W M, Jain D, Paula C S, Bangdiwala S L, Ramiro L S, Muñoz S R, Vizcarra B, Bordin I A. International variations in harsh child discipline. 2010;126(3):701-11.

4. Trocmé N, Fallon B, Mac Laurin B, Sinha V, Black T, Fast E, Holroyd J. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. Public Health Agency of Canada Ottawa 2008: (p.122).
5. U.S. Department of Health & Human Services. 2010. Child Maltreatment 2009. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
6. David M, Fergusson J, Horwood J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in adulthood. *Child abuse and neglect*. 2008; 32(5):607–619.
7. Zied J L, Talel Z, Mahmoud S. Le syndrome des enfants battus aspects cliniques et radiologiques. *Pan Afr Med J*. 2016; 24: 68.
8. Kempe C H, Silverman F N, Steele B, Droegemueller W, Silver H. The battered child syndrome. *JAMA*. 1962;181(1):17–24.
9. Amaka O, Van R, Perez R M J, Kleinman P K. Skeletal imaging of child abuse. *Pediatr radiol*. 2009; 39(5):461–470.