




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



CLINIQUE

Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels)

Cutaneous manifestations of physical child abuse (excluding sexual abuse)

A. Lasek-Duriez^{a,*}, C. Léauté-Labrèze^b,
la Société française de dermatopédiatrie

^a Service de dermatologie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille, boulevard de Belfort, 59020 Lille, France

^b Unité de dermatologie pédiatrique, hôpital Pellegrin-Enfants, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

Reçu le 9 septembre 2008 ; accepté le 19 octobre 2008

Disponible sur Internet le 28 mai 2009

Introduction

La maltraitance est un problème majeur de santé publique. Il est de la responsabilité morale, éthique et légale de chaque médecin de détecter les cas de sévices à enfant et d'intervenir afin de prévenir les récurrences. La maltraitance regroupe différentes conduites qui par la répétition des actes ou leur violence peuvent entraîner des conséquences, sur les plans physique et/ou psychologique, et sur l'évolution de la personne. Il existe différentes catégories de maltraitance : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique et les sévices sexuels. Un diagnostic de sévices à enfant doit toujours être porté avec beaucoup de prudence car il est lourd de conséquences, et parfois il est difficile de distinguer une maltraitance réelle, d'un accident ou d'une pathologie dermatologique.

Dermatologues et maltraitance à enfant sont peu souvent associés dans l'esprit des médecins, pourtant, la maltraitance physique d'un enfant se révèle le plus fréquemment par des manifestations cutanées. Le dermatologue a donc un rôle important dans le diagnostic de maltraitance physique ;

il doit permettre aussi de faire la part des choses entre une pathologie dermatologique mimant une maltraitance et de réels sévices physiques. Les erreurs diagnostiques peuvent être classées en deux catégories : les faux positifs concernent les enfants ayant des blessures involontaires ou une pathologie identifiées à tort comme maltraitance. Les faux négatifs concernent les enfants maltraités non signalés. Des dommages significatifs peuvent résulter de chaque erreur diagnostique, plus de 50 % des enfants souffrant de maltraitance répétée retournent chez eux, avec un risque de blessure ultérieure grave, voire de décès [1].

Épidémiologie

Dans son rapport de l'année 2005, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) a recensé en 2004, 95 000 enfants qui ont fait l'objet d'un signalement, ce qui représente une augmentation de 6000 enfants par rapport à 2003 soit une évolution de 7%. Cette croissance forte confirme la hausse déjà constatée en 2003. Parmi ces 95 000 enfants signalés, 19 000 étaient réellement maltraités. Pour 6600 d'entre eux, il s'agissait de violences physiques.

La combinaison de facteurs sociaux, familiaux et individuels contribue à définir le risque de maltraitance. Certains

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lasek.audrey@ghicl.net (A. Lasek-Duriez).

enfants semblent plus exposés que d'autres à ce risque :

- le jeune âge : environ 71 % des enfants maltraités ont entre un et 12 ans. Les enfants de moins de quatre ans ont un risque plus grand de lésion sévère et de décès [2] ;
- un antécédent de sévice avéré : un enfant ayant déjà été maltraité a 50 % de risque de l'être à nouveau et 10 % de risque de décès [3] ;
- les comorbidités : les enfants présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement, une maladie chronique, une prématurité [4], un retard mental ou d'autres handicaps sont plus à risque [5].

D'autres facteurs de risque concernant le milieu familial sont connus. Il s'agit par ordre de fréquence : les carences éducatives des parents, les conflits familiaux, les problèmes psychopathologiques des parents, la dépendance à l'alcool ou à la drogue, la maladie ou le décès d'un parent, le chômage et les difficultés financières. Les personnes maltraitantes sont par ordre de fréquence : les pères, les compagnons de la mère, les baby-sitters et les mères. Les parents sont responsables de 77 % des cas de maltraitance fatale. Dans une étude, parmi les enfants maltraités, 61 % étaient négligés, 19 % étaient victimes de maltraitance physique, 10 % de sévices sexuels et 5 % étaient victimes de maltraitance psychologique [3]. La maltraitance physique est la plus fréquemment rapportée, la peau étant l'organe le plus communément atteint [6].

Contexte clinique

La détection d'une maltraitance repose sur l'association d'une histoire incohérente [7], de signes cliniques suspects et de facteurs de risque sociaux. Si l'enfant est en âge de parler, il est indispensable de s'entretenir seul avec lui en utilisant un langage simple et approprié.

L'interrogatoire doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- l'histoire correspond-elle à la présentation de la blessure ?
- l'histoire est-elle évasive, manque-t-elle de détails ?
- existe-t-il des divergences entre les propos des différents membres de la famille ?
- est-ce qu'il peut s'agir d'un accident, compte tenu de l'âge et du développement de l'enfant ?
- est-ce que la forme de la blessure correspond à un instrument particulier ?
- y a-t-il eu un délai de prise en charge ?
- est-ce que l'enfant a des antécédents de blessures ou de fractures ?
- est-ce que l'enfant a des antécédents de visites répétées aux urgences ?
- est-ce que l'enfant prend des médicaments ou a des antécédents de maladie bulleuse ?
- y a-t-il une atteinte à d'autres organes (cerveau, yeux, squelette) ?

Les manifestations cutanées

Plus de 90 % des victimes de maltraitance physique ont des signes cutanés [4]. Une analyse minutieuse de la localisation de la lésion et du mécanisme traumatique à intégrer dans



Figure 1. Ecchymoses des fesses chez un enfant de quatre ans laissant l'empreinte des doigts après une fessée.

le contexte de développement psychomoteur de l'enfant doit permettre au praticien de distinguer une blessure accidentelle d'une blessure intentionnelle. Les lésions cutanées regroupent les ecchymoses, les érosions, les brûlures, les morsures et l'alopécie traumatique.

Les ecchymoses

Les ecchymoses représentent la manifestation cutanée la plus fréquente. Différencier les ecchymoses intentionnelles des ecchymoses accidentelles représente un véritable challenge, car la présence d'ecchymoses est banale chez l'enfant. Toutefois, la topographie et la durée d'évolution de la lésion permettent de déterminer son étiologie [8]. Les ecchymoses accidentelles tendent à survenir chez des enfants autonomes et actifs, sur les saillies osseuses comme le front, les tibias, les avant-bras et sont plus fréquentes en été. Elles surviennent au cours des jeux, sont peu nombreuses (moins de trois) et de petite taille (moins de 10 mm) [9]. Les ecchymoses siégeant dans les zones habituellement couvertes telles que les fesses (Fig. 1), le dos, le tronc, les parties génitales, les cuisses, les bras (Fig. 2), ou bien localisées dans la région céphalique sur les joues, les oreilles ou le cou font plutôt suspecter une maltraitance [10], surtout si elles sont multiples et d'âges différents. Les contusions abdominales sont rares en raison de la souplesse de l'abdomen ; cependant, lorsqu'elles sont présentes, elles sont hautement suspectes car elles témoignent d'une manœuvre forcée ou d'un impact violent. Des lésions viscérales associées doivent alors être recherchées.

Toutefois, aucun site n'est épargné lors des contusions accidentelles et aucune localisation n'est absolument spécifique. L'âge et le stade de développement psychomoteur de l'enfant doivent également être pris en compte ; par exemple, les contusions accidentelles de la face et de la tête sont peu communes chez les nourrissons qui sont peu mobiles ainsi que chez les enfants d'âge scolaire ; en revanche, elles sont fréquentes lors de l'apprentissage de la marche [9]. Le risque de survenue d'une contusion accidentelle chez un enfant non autonome sur le plan moteur est de moins de 1 % [11]. La maltraitance doit donc être suspectée chez

le nourrisson de moins de neuf mois atteint d'ecchymoses (Fig. 3).

La forme de la lésion peut être informative, elle reflète l'objet utilisé pour infliger la blessure. Une contusion bien délimitée est suspecte. Les ecchymoses linéaires sont produites par des fils, des tringles ou des cordes. Elles sont le plus souvent localisées sur les fesses, les faces postérieures des jambes et le dos. Les formes semi-ovales sont pathognomoniques et résultent de coups de ceinture ou de fouet. L'empreinte des doigts peut être observée sur les bras lorsque l'enfant est maintenu de force, ou sur les joues lorsqu'il est giflé. Lors d'une gifle, le sang est déplacé latéralement par les doigts, laissant une démarcation externe



Figure 2. Ecchymoses de la racine du bras chez une fillette de huit ans apparues après avoir été maintenu trop fermement.



Figure 3. Ecchymoses du visage d'un nourrisson de deux mois apparues après avoir été maintenu trop fermement afin qu'il prenne son biberon de force.

secondaire à l'extravasation sanguine, alors que la partie centrale est saine. Ce phénomène peut s'observer dans d'autres situations, comme les fessées (Fig. 1) et les coups de fouet. Des ecchymoses circonférentielles associées à des abrasions des poignets et des chevilles sont observées chez les enfants qui ont été ligotés, elles s'accompagnent d'œdème et de pétéchies distales. Des marques similaires peuvent être localisées aux commissures labiales après un bâillonnement, sur le cou lors d'un étranglement.

Il est très difficile d'estimer l'âge de la lésion. Une blessure récente va typiquement être douloureuse, tendue, œdématiée avant qu'un changement de couleur n'apparaisse. La coloration des ecchymoses survient dans un délai variable d'une à trois semaines. Beaucoup de facteurs influencent ce processus, comme le mode de blessure, la localisation, l'utilisation d'anticoagulant, la force, l'âge, la vascularisation du tissu sous-cutané et les facteurs de comorbidité de la victime [12]. Récemment, l'illumination par la lampe de Wood a permis de détecter des lésions tissulaires invisibles à l'œil nu [13].

Certaines pathologies dermatologiques peuvent mimer des ecchymoses. Elles sont nombreuses et il faut garder à l'esprit que l'une n'exclut pas l'autre. Il s'agit des taches mongoloïdes, des anomalies du tissu conjonctif (la maladie d'Elhers-Danlos [14], l'ostéogenèse imparfaite), de l'érythème noueux, des hémangiomes [15], des différentes formes de purpura, ou des maladies bulleuses (Tableau 1).

Les morsures

Toute trace de morsure est suspecte et doit conduire à un examen cutané complet. Les morsures sont sujettes aux infections [2]. L'empreinte des canines est la plus visible et la plus profonde. Il est important de documenter celles-ci : leur forme (rondes, irrégulières, elliptiques), la couleur, et le diamètre de la morsure afin d'identifier l'auteur [16]. Des morsures peuvent également être suspectées devant des ecchymoses et des érosions ovales ou rondes. Les marques de morsure adulte sont différentes de celles d'un enfant, avec une distance intercanine maxillaire de plus de 3 cm [17]. Les morsures humaines sont typiquement superficielles alors que les morsures animales sont plus profondes [18]. Lorsque l'empreinte dentaire est bien définie, un modelage des empreintes dentaires du suspect peut être réalisé, puis superposé à une photographie de la marque de morsure de la victime.

Les brûlures

Les brûlures représentent 6 à 20% des cas de maltraitance et les brûlures intentionnelles par maltraitance représentent 8 à 25% des brûlures de l'enfant [1]. Les brûlures peuvent être d'origine électrique, chimique ou thermique. De nombreux facteurs peuvent influencer la gravité : l'épaisseur de la peau, le temps de contact, la température et la vascularisation du tissu. Les brûlures accidentelles sont généralement superficielles et laissent une trace incomplète, l'enfant se retirant rapidement de l'objet chaud alors que les brûlures infligées sont plus profondes, multiples et bien délimitées. En conséquence, le taux de mortalité des brûlures par maltraitance est plus élevé que celui des brûlures accidentelles. Les enfants sont en général plus jeunes, et la durée

Tableau 1 Principaux diagnostics différentiels des signes cutanés de maltraitance.				
Ecchymoses	Brûlures	Alopécie	Lésions buccales	Pratiques culturelles
Taches mongoloïdes	Dermatite herpétiforme	Teignes	Aptose	<i>Cupping</i> (saignée par ventouse)
Hémangiomes	Impétigo, ecthyma	Alopécie de traction (tressage)	Pemphigus	<i>Coining</i> (frottement avec une pièce de monnaie)
Lymphangiomes	Phytophotodermatoses	Syndrome des cheveux anagènes caduques		Moxibustion (piqûres à l'aide de cônes d'herbes en feu)
Troubles de la coagulation	Érythème pigmenté fixe	Pelade		
Vascularites	Pityriasis lichénoïdes	Trichotillomanie		
Érythème polymorphe	Épidermolyse bulleuse			
Érythème noueux	Épidermolyse staphylococcique			
Purpura fulminans	Syndrome de Steven Johnson, nécrolyse épidermique toxique			
Incontinentia pigmenti	Dermatite à IgA linéaire			
Taches café au lait	Érythème solaire			
Ostéogenèse imparfaite	Insensibilité congénitale à la douleur			
Maladie d'Elhers Danlos				

d'hospitalisation est plus longue [19]. Elles surviennent le plus souvent entre l'âge d'un et trois ans et déterminer le mécanisme de la brûlure dans ce groupe d'âge est particulièrement difficile, en raison de l'absence de langage. Certains facteurs comme les pleurs inconsolables, l'apprentissage de la propreté et le handicap physique augmentent le risque.

Mécanisme de la brûlure

La brûlure par contact avec de l'eau bouillante est la forme la plus fréquente de brûlure par maltraitance (80%) [20]. L'ébouillement est classiquement divisé en ébouillement par immersion forcée et par éclaboussure. L'immersion forcée dans l'eau bouillante donne des lésions symétriques avec une limite nette. Les lésions sont souvent uniformes et se localisent aux fesses, au périnée, ainsi qu'aux extrémités. Certaines caractéristiques cliniques sont typiques telles que l'atteinte en gants et en chaussettes, l'atteinte zébrée du tronc, ou l'aspect en *doughnut* sur les fesses [21]. Les brûlures en gants et en chaussettes surviennent lorsque les mains ou les pieds d'un enfant sont immergés de force dans l'eau chaude, donnant des lésions symétriques, circonscrites et bien délimitées. L'atteinte zébrée est liée au respect des plis de flexion du tronc qui ne sont pas en contact avec l'eau lorsque l'enfant est immergé dans une position fléchie (Fig. 4). L'aspect en *doughnut* est secondaire au respect de la zone des fesses en contact avec la baignoire. Les enfants ébouillants par maltraitance présentent souvent d'autres signes, comme des ecchymoses, des fractures, une négligence et des antécédents de brûlure



Figure 4. Ébouillement par immersion forcée d'une fillette de deux ans : brûlure profonde étendue bien limitée avec un respect des plis de flexion du cou (aspect zébré).

[22]. Certaines études ont montré qu'un délai de prise en charge de plus de deux heures pour une brûlure par ébouillement était fortement suspect de maltraitance [23]. Les brûlures par éclaboussure sont plus superficielles que les brûlures par immersion car le temps de contact est plus court. Dans ce type de brûlure, distinguer une étiologie accidentelle d'intentionnelle s'avère très difficile. Les brûlures accidentelles surviennent lorsque l'enfant renverse sur lui un objet situé en hauteur comme une casserole d'eau chaude, expliquant dans ce cas la localisation préférentielle des lésions sur la tête et le tronc. Lorsqu'elles sont infligées, ces brûlures siègent plutôt sur le siège et le périnée, notamment lorsque l'enfant est placé sous un robinet. La zone de contact initiale correspond à la zone de brûlure la plus grande et la plus profonde, avec des zones de brûlures adjacentes plus superficielles correspondant au liquide qui refroidit au fur et à mesure qu'il s'écoule sur le corps [24]. Des marques d'éclaboussures à distance sont fréquentes.

La forme et la localisation

Certaines formes de brûlure font suggérer l'objet qui en est responsable. Elles peuvent être provoquées à l'aide de fer à repasser, de radiateurs, de sèche-cheveux, de fers à friser. Des brûlures par contacts uniformes, bien délimitées, localisées sur des zones couvertes sont hautement suggestives d'une maltraitance physique. Les brûlures de cigarette représentent une modalité fréquente de brûlure par maltraitance. Il s'agit de brûlures rondes de 7 à 10 mm, bien délimitées, profondes, avec une croûte centrale. Elles sont très douloureuses et laissent des cicatrices importantes. Elles sont souvent multiples et groupées sur la face, les mains et les pieds [25]. Certaines peuvent s'infecter, rendant plus difficile la distinction entre infection et lésion primitive.

Aucune localisation de brûlure n'est spécifique d'une maltraitance, mais certaines sont plus suggestives comme la face, les mains, les jambes, les pieds, le périnée et les fesses. Le périnée et les fesses sont rarement touchés lors des brûlures accidentelles et se rencontrent plutôt lors de punitions volontaires infligées après un accident de propreté [20], ce qui concorde avec le fait que les immersions forcées sont plus fréquentes chez le petit enfant [26]. Tout au contraire, les brûlures accidentelles siègent sur la tête, les bras, la nuque, la face antérieure du tronc. Les brûlures des mains peuvent se voir lors des accidents, cependant les brûlures se localisent au niveau de la face palmaire en contact avec l'objet chaud lorsque l'enfant le saisit. Les brûlures par maltraitance, en particulier par contact touchent plus la face dorsale des mains [20].

De nombreuses pathologies, notamment bulleuses peuvent ressembler à des brûlures [27]. Les diagnostics différentiels des brûlures par maltraitance sont nombreux et incluent les brûlures accidentelles et les pratiques culturelles (Tableau 1). Les pathologies ressemblant à une brûlure du premier degré comportent les cellulites, l'érythème solaire, l'érythème pigmenté fixe, l'eczéma de contact, la phytophotodermatose [28]. Les lésions pouvant simuler une brûlure du second degré sont la dermatite herpétiforme, l'épidermolyse staphylococcique, la nécrolyse épidermique toxique, l'épidermolyse bulleuse et l'impétigo bulleux. Les brûlures du troisième degré résultent le plus souvent d'une

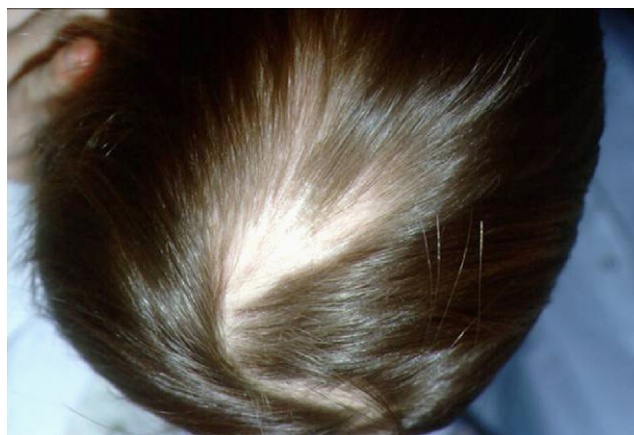


Figure 5. Alopécie traumatique.

maladie rare connue sous le nom d'insensibilité congénitale à la douleur. Un interrogatoire et un examen clinique complet permettent le plus souvent de poser le diagnostic approprié.

Atteinte des phanères

L'alopécie

L'alopécie peut être une autre manifestation de maltraitance, résultant d'une traction des cheveux (Fig. 5). Les diagnostics différentiels incluent les teignes, l'alopécie par traction secondaire au coiffage (tresses), le syndrome des cheveux anagènes caduques et la pelade. L'alopécie traumatique est également souvent difficilement distinguable de la trichotillomanie, mais certains signes peuvent orienter vers une maltraitance comme la présence d'hématomes, d'hémorragies sur le cuir chevelu. Des cheveux cassés avec des zones de repousse régulières sont plus typiques d'une trichotillomanie [3].

Décollement d'ongles

Des ongles arrachés (Fig. 6), notamment au niveau de leur partie proximale sont fortement suspects de maltraitance. Le diagnostic différentiel comprend les ongles arrachés



Figure 6. Ongle du gros orteil arraché au niveau proximal, chez une fillette de deux ans ayant été par ailleurs ébouillantée par immersion forcée.

après un traumatisme accidentel, par exemple lorsqu'un doigt ou un orteil sont coincés dans une porte, ce qui est relativement fréquent chez le petit enfant.

Les lésions de la muqueuse buccale

Des ecchymoses, érosions et brûlures peuvent être observées également sur la muqueuse buccale. Une rupture de frein lingual ou labial peut survenir après une chute accidentelle sur la face mais peut être également le signe de coups portés à la bouche, de gavage alimentaire ou de pénétration sexuelle [18]. D'autres lésions comme des fractures dentaires peuvent faire évoquer une maltraitance physique.

La négligence

La négligence est définie par l'impossibilité de répondre aux besoins de base d'un enfant, elle est plus fréquente que la maltraitance physique. Elle est souvent chronique et peut résulter d'un manque d'attention en ce qui concerne l'éducation, l'alimentation, la toilette, l'habillement et le suivi médical. L'enfant présente un manque d'hygiène : ongles et plis sales, orifices croûteux, cheveux non coiffés, vêtements tachés souvent trop grands ou trop petits, couche non changée chez le nourrisson, présence d'une pédiculose, d'une scabiose profuse [26]. La présence de lentes dans les cils et les sourcils témoigne de la présence de poux pubiens, et d'une certaine promiscuité, mais pas forcément d'attouchements sexuels (Fig. 7). La présence d'érosions linéaires sur la racine d'un doigt ou de la verge caractérise le phénomène du tourniquet qui est rarement intentionnel. Un fil ou un cheveu s'enroule autour d'un doigt ou de la verge, ce qui entraîne, d'une part, une abrasion circonférentielle et, d'autre part, des signes d'ischémie distale (Fig. 8).

Rarement l'enfant peut présenter des signes cutanés résultant d'une carence vitaminique, en particulier un scorbut, en revanche, on observe fréquemment de multiples pathologies non traitées et des manquements, voire l'absence de vaccination. On peut également assimiler à de la négligence, l'absence de soins adéquats dans les dermatoses graves comme la dermatite atopique ou les



Figure 7. Phtiriasis des cils chez un nourrisson. Les lentes des cils et des sourcils ont toujours pour origine *phthirus inguinalis* et non pas *pédiculus capitis*.



Figure 8. Érosion circonférentielle de la base de la verge témoin du phénomène du tourniquet.

généodermatoses comme les ichtyoses ou les épidermolyses bulleuses.

Les pratiques culturelles

Certaines pratiques culturelles peuvent provoquer des lésions cutanées telles que des pétéchies, du purpura, une hyperpigmentation, qui peuvent mimer une maltraitance physique [29] (Tableau 1). Ces pratiques sont utilisées par certaines populations en tant que remèdes pour traiter la fièvre ou la douleur [30].

Les signes associés de maltraitance physique

D'autres signes cliniques doivent être recherchés ou peuvent faire suggérer une maltraitance physique s'ils sont associés à des lésions cutanées, tels qu'une déchirure des tympanes, des fractures diaphysaires des os longs, un hématome sous-dural, des hémorragies rétinienues au fond d'œil, des fractures de côtes, un état de déshydratation, un retard psychomoteur et statur pondéral, une hygiène douteuse, un repli sur soi, une humeur triste ou au contraire, une agressivité.

Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance

Lorsque l'on suspecte une maltraitance physique chez un enfant ayant une dermatose, un examen cutané minutieux doit être réalisé à la recherche d'autres lésions, présentes dans 20 à 33% des cas [19]. Une documentation claire et précise doit être réalisée, concernant les données d'interrogatoire et d'examen clinique. Les lésions doivent être photographiées ou dessinées. Les photos doivent comporter le nom de l'enfant, la date de prise de vue ainsi qu'une échelle. L'enfant doit être interrogé seul avec des mots simples et compréhensibles et à l'aide de questions ouvertes non suggestives. Un bilan complémentaire minimum doit être réalisé comprenant une numération

formule sanguine, un bilan de coagulation, un bilan radiographique corps entier et un fond d'œil. Une hospitalisation va permettre d'extraire la victime d'un milieu potentiellement dangereux, de se donner le temps d'observer l'évolution du comportement et des différentes lésions, de regrouper une équipe pluridisciplinaire afin d'obtenir des avis spécialisés, d'effectuer d'éventuels examens complémentaires et de surseoir ou non à la décision de signalement. Le signalement pourra être simplement administratif à la protection maternelle et infantile avec surveillance et enquête sociale ou judiciaire si la violence et les actes sont confirmés. Ce dernier est réalisé auprès d'un officier de police judiciaire qui préviendra le parquet ou directement au procureur de la République joignable 24 heures sur 24 à l'aide d'un certificat médical. Ce certificat médical doit être réalisé avec prudence et objectivité par un médecin thésé sur un papier à en-tête. Il doit comporter le nom, le prénom, l'âge et l'adresse de la victime, une description précise des lésions ; il faut noter le comportement de l'enfant, rapporter les propos de la victime au conditionnel et entre guillemets, noter les examens complémentaires réalisés, dater et signer.

Conclusion

Lorsqu'une maltraitance est clairement identifiée, un signalement doit être réalisé afin de prévenir une escalade de violence qui peut aboutir au décès de l'enfant. La maltraitance a des conséquences physiques et psychologiques sur l'enfant, les études ont montré une association significative entre des antécédents de maltraitance et des conduites psychopathologiques comme la dépression, une agressivité, une anxiété [31]. Les enfants maltraités sont plus souvent enclins à une dépendance à l'alcool, aux drogues et aux problèmes familiaux [32]. La majorité des cas de maltraitance se présentant sous forme de lésions cutanées, il est important que le dermatologue en connaisse les signes cliniques.

Références

- [1] Peck MD, Priolo-Kapel D. Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations. *J Trauma* 2002;53:1013–22.
- [2] Kini N, Lazoritz S. Evaluation for possible physical or sexual abuse. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:205–19.
- [3] Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:371–92.
- [4] Benedict MI, White RB, Cornely DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse Negl* 1985;9:217–24.
- [5] Ellerstein NS. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am J Dis Child* 1979;133:906–9.
- [6] Sirotnak AP, Krugman RD. Physical abuse of children: an update. *Del Med J* 1997;69:335–43.
- [7] Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics* 2003;111:602–7.
- [8] Carpenter RF. The prevalence and distribution of bruising in babies. *Arch Dis Child* 1999;80:363–6.
- [9] Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am* 1990;37:791–814.
- [10] Chen W, Balaban R, Stanger V, Haruvi R, Zur S, Augarten A. Suspected child abuse and neglect: assessment in a hospital setting. *Isr Med Assoc J* 2002;4:617–23.
- [11] Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182–6.
- [12] Stephenson T. Ageing of bruising in children. *J R Soc Med* 1997;90:312–4.
- [13] Vogeley E, Pierce MC, Bertocci G. Experience with wood lamp illumination and digital photography in the documentation of bruises on human skin. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:265–8.
- [14] Reichel JL, Weston WL, Bellus G, Morelli J. What syndrome is this? Ehlers-Danlos syndrome. *Pediatr Dermatol* 2001;18:156–8.
- [15] Greg Anderson D, Li X, Tannoury T, Beck G, Balian G. A fibronectin fragment stimulates intervertebral disc degeneration in vivo. *Spine* 2003;28:2338–45.
- [16] Wagner GN. Bitemark identification in child abuse cases. *Pediatr Dent* 1986;8:96–100.
- [17] Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005;116:1565–8.
- [18] Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995;52:1829–34.
- [19] Purdue GF, Hunt JL, Prescott PR. Child abuse by burning—an index of suspicion. *J Trauma* 1988;28:221–4.
- [20] Stratman E, Melski J. Scald abuse. *Arch Dermatol* 2002;138:318–20.
- [21] Kos L, Shwayder T. Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatr Dermatol* 2006;23:311–20.
- [22] Hobbs CJ. When are burns not accidental? *Arch Dis Child* 1986;61:357–61.
- [23] Feldman KW, Schaller RT, Feldman JA, McMillon M. Tap water scald burns in children. 1997. *Inj Prev* 1998;4:238–42.
- [24] Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:575–93.
- [25] Hobbs CJ. ABC of child abuse. Burns and scalds. *BMJ* 1989;298:1302–5.
- [26] Raimer BG, Raimer SS, Hebel JR. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:203–14.
- [27] Wheeler DM, Hobbs CJ. Mistakes in diagnosing non-accidental injury: 10 years' experience. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296:1233–6.
- [28] Coffman K, Boyce WT, Hansen RC. Phytophotodermatitis simulating child abuse. *Am J Dis Child* 1985;139:239–40.
- [29] Asnes RS, Wisotsky DH. Cupping lesions simulating child abuse. *J Pediatr* 1981;99:267–8.
- [30] Reinhart MA, Ruhs H. Moxibustion. Another traumatic folk remedy. *Clin Pediatr (Phila)* 1985;24:58–9.
- [31] Johnson RM, Kotch JB, Catellier DJ, Winsor JR, Dufort V, Hunter W, et al. Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreat* 2002;7:179–86.
- [32] Bennett EM, Kemper KJ. Is abuse during childhood a risk factor for developing substance abuse problems as an adult? *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:426–9.