



Repérage des signes cliniques de violences faites aux enfants en soins primaires : une revue de littérature

Milène Lestrade, Quentin Menage

► To cite this version:

Milène Lestrade, Quentin Menage. Repérage des signes cliniques de violences faites aux enfants en soins primaires : une revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03554462

HAL Id: dumas-03554462

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03554462>

Submitted on 3 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
par

LESTRADE Milène
MENAGE Quentin

Présentée et soutenue publiquement le 25 mars 2021

Repérage des signes cliniques de violences faites aux enfants en soins primaires : une
revue de littérature

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Assistante Universitaire
de Médecine Générale au DMG de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur MERLIN Etienne, Professeur Universitaire de Pédiatrie, UFR de
Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame LAPORTE Catherine, Docteur, Maître de Conférences Universitaire de Médecine
Générale, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame ROUGE Laure, Docteur, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MARLET Mathilde, Psychologue, Unité de victimologie Enfants, Femmes enceintes
et Adultes CHU de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
par

LESTRADE Milène
MENAGE Quentin

Présentée et soutenue publiquement le 25 mars 2021

Repérage des signes cliniques de violences faites aux enfants en soins primaires : une
revue de littérature

Directrice de thèse : Madame VICARD-OLAGNE Mathilde, Docteur, Assistante Universitaire
de Médecine Générale au DMG de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur MERLIN Etienne, Professeur Universitaire de Pédiatrie, UFR de
Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame LAPORTE Catherine, Docteur, Maître de Conférences Universitaire de Médecine
Générale, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame ROUGE Laure, Docteur, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MARLET Mathilde, Psychologue, Unité de victimologie Enfants, Femmes enceintes
et Adultes CHU de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'Auvergne

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation
	Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
Mle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë

M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
M. MAQDASY Salwan

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques

Mme NOURRISSON Céline
M. GODET Thomas

M. LACHAL Jonathan
M. MOUSTAFA Farès

Parasitologie - Mycologie
Anesthésiologie-Réanimation et
Médecine Péri-Opératoire
Pédopsychiatrie
Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine
M. BAILLY Jean-Luc
Mle AUBEL Corinne
M. BLANCHON Loïc
Mle GUILLET Christelle
M. BIDEY Yannick
M. MARCHAND Fabien
M. DALMASSO Guillaume
M. SOLER Cédric
M. GIRAUDET Fabrice
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane
Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre
M. PIZON Frank

Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie Virologie
Oncologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Nutrition Humaine
Oncogénétique
Pharmacologie Médicale
Bactériologie
Biochimie Biologie Moléculaire
Biophysique et Traitement de l'Image
Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences – Neuropharmacologie
Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine
Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A nos membres du jury :

Au président de jury, Monsieur le Professeur Etienne MERLIN,

Un grand merci de nous faire l'honneur d'avoir accepté de présider notre jury et de juger notre travail, veuillez recevoir l'assurance de notre profonde gratitude,

Madame le Docteur Catherine LAPORTE,

Un grand merci d'avoir accepté d'évaluer notre travail, veuillez recevoir l'expression de notre profond respect,

Madame le Docteur Laure ROUGE,

Un grand merci d'avoir également accepté de juger notre écrit, veuillez recevoir l'assurance de notre profonde estime,

Madame le Docteur Mathilde VICARD-OLAGNE,

Un grand merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse, reçois ici nos remerciements pour toute l'aide apportée au cours de ce travail, pour ta bienveillance, ton expérience et ta disponibilité,

Madame Mathilde MARLET,

Un grand merci d'avoir accepté d'être présente dans ce jury, veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance,

Milène :

Merci Quentin d'avoir partagé ce travail avec moi et d'avoir fait preuve d'autant de sérieux, de rigueur et de disponibilité. Je te souhaite le meilleur pour la suite,

Mathilde, merci d'avoir encadré notre thèse et merci pour tes conseils, ta disponibilité et ta gentillesse qui nous ont grandement aidés dans la réalisation de ce travail,

Mon Dodo, merci pour ton amour, ta présence et ton soutien au quotidien depuis le début de ce long parcours. Je suis fière du chemin que nous avons parcouru ensemble et de tous les projets que nous avons accomplis,

Lise, merci pour ton sourire rayonnant, ton affection et ton innocence qui me rendent plus forte et me font oublier les difficultés. Maman sera toujours là pour toi,

Un grand merci à l'ensemble de ma famille pour tous leurs encouragements et marques d'affection. Un merci tout particulier à mes parents, ma sœur et mon frère pour leur soutien permanent. Vous pourrez toujours compter sur moi,

Mes amies de toujours, Noémie et Morgane, je vous remercie de faire partie de ma vie et d'être toujours là pour moi,

Sandy, Mélanie, Pauline, Marjorie et Eléonore, nos retrouvailles Aveyronnaises me font le plus grand bien, je vous en remercie,

Mes amis « médecine », je vous remercie pour les merveilleux souvenirs que je garde de nos années Clermontoises. Même si de la distance s'est installée entre nous, je ne vous oublie pas,

Caro, tu resteras ma co-interne préférée mais notre amitié dépasse bien cela. Merci pour ton soutien et tes conseils,

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage qui m'ont accueillie et aidée à devenir médecin. Une attention plus particulière pour le docteur Christian CHARLES qui m'a transmis tant de connaissances grâce à son expérience et sa passion pour notre métier,

Quentin :

Merci à Milène, j'ai été très heureux de travailler avec toi sur ce sujet qui me tient à cœur,

Merci à Mathilde pour ta disponibilité, ton écoute, ta bienveillance et ta précieuse aide sans laquelle nous n'aurions jamais été jusque-là,

Merci à Camille qui m'accompagne depuis le début dans cette aventure, merci pour ton amour, ton soutien et ton sourire,

Merci à Maman, Papa pour tout ce que vous avez fait pour moi et ce que vous ferez encore à l'avenir, merci à Claire, Nathan qui apportent la joie de vivre à nos retrouvailles familiales et qui pourront toujours compter sur moi,

Merci à toute la famille proche ou lointaine pour leur soutien et leurs encouragements,

Merci à Laurence, Olivier, Hugo, Tessa, Thomas, Jean-Claude, Yvonne, Papé, Annie, cette deuxième famille qui m'a accueilli et encouragé pendant ces longues années,

Merci à Camille, Méline pour cette rencontre du début de parcours et cette amitié qui perdure depuis,

Merci à Justine, Charlie, ma filleule Adèle, Julie, Jonathan, leurs petits Yuna et Léo, Zita, Harold, Elodie, Mathieu, Rémi, pour votre amitié, pour ces moments forts et ces soirées inoubliables,

Merci aux amis de la fac, Hélène, Yasmine, Guillaume, Hugo, Nicolas, Maixent, Sébastien, Charline, sans qui ces années n'auraient jamais été aussi plaisantes, merci pour votre soutien et pour ces moments de joie et d'humour si agréables dans ces instants vécus,

Merci aux amis du pays brivadois pour ces années de lycée, pour votre amitié qui dure encore,

Merci à tous mes co-internes qui m'auront supporté, Charlène, Ronan, merci pour ce semestre à Riom riche en émotions, Sophie, Amaury, Rémi, merci pour ce semestre d'anthologie, merci à tous les autres pour vos moments de soutien, de joie et d'amitié,

Merci à mes maîtres de stage qui m'ont transmis la passion d'exercer la médecine, l'équipe des urgences d'Aurillac, Rachel, Céline et Jean à Sauxillanges, Geneviève à Vichy, Pascale, Anna, Christophe et Julien à Riom, Elodie, Catherine et Pierre à Vic-le-Comte, merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour la confiance que vous m'avez accordé pendant tout ce temps,

Table des matières

I.	Introduction	16
II.	Méthode	17
	1. Protocole	17
	2. Critères d'éligibilité	17
	3. Sources d'information et recherche	17
	4. Sélection des études et processus de collecte des données	18
	5. Extraction des données	18
	6. Risque de biais dans les études individuelles.....	18
	7. Synthèses des résultats.....	18
III.	Résultats	19
	1. Sélection des articles.....	19
	2. Caractéristiques des articles inclus	21
	3. Risque de biais dans les études.....	24
	4. Synthèse des résultats.....	24
	4.1. Généralités.....	24
	4.2. Signes cliniques physiques et somatiques	25
	4.3. Signes psychologiques	26
	4.4. Troubles comportementaux	26
	4.5. Troubles du développement.....	27
IV.	Discussion	28
	1. Synthèse des résultats.....	28
	2. Limites de la revue	28
	3. Comparaison avec la littérature.....	29
	4. Impact sur la pratique	30
V.	Conclusion.....	31
VI.	Références	33
VII.	Annexes.....	35

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Répartition des articles inclus en fonction de leur date de publication.....	21
Figure 3 : Répartition des articles inclus en fonction des pays	21
Figure 4 : Répartition des articles en fonction du type d'étude.....	22
Figure 5 : Répartition des articles en fonction du type de violences étudié	22
Figure 6 : Répartition des articles en fonction du mode de recueil des violences.....	23
Figure 7 : Répartition des articles en fonction du nombre de participants	23
Figure 8 : Répartition des articles en fonction de la prévalence des violences	24
 Tableau 1 : Nombre d'articles exclus en fonction des critères d'exclusion	 20

I. Introduction

Les violences à l'encontre des enfants sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « toutes les formes de violences subies par les personnes jusqu'à l'âge de 18 ans, qu'elles soient commises par des parents, ceux qui ont la charge d'enfants, des partenaires amoureux ou des étrangers. » ⁽¹⁾ Il existe des violences directes qui peuvent être physiques (coups, brûlures ou fractures), psychologiques (situations de rejet, d'humiliation ou de terreur) mais aussi sexuelles (harcèlement, abus, viol, inceste) ou bien encore des situations de négligences (relatives aux soins, à la nourriture, à l'éducation, à la protection physique ou au lien affectif). Il existe également des formes de violences indirectes notamment envers les enfants témoins de violences conjugales.

L'actualité récente a soulevé des cas d'inceste révélés à l'âge adulte et ces événements obligent à évoquer quelques données épidémiologiques concernant les violences à l'égard des enfants. En France, le nombre de cas de maltraitance pris en charge par les services spécialisés a fortement augmenté, passant de 35 000 à 100 000 cas en dix ans. En 2015, sur les 55 000 enfants reconnus victimes de violence physique, 26% étaient âgés de moins de 9 ans. La même année, sur les 20 200 enfants victimes d'abus sexuels, 41% étaient âgés de moins de 9 ans. Sur cette même période, 67 enfants sont décédés suite à des violences familiales. Une enquête réalisée par l'institut Harris Interactive en 2017 a révélé que 22% des français ont déclaré avoir été victimes de violences dans leur enfance. Dans le monde, l'OMS estime qu'un milliard d'enfants sont victimes de violences chaque année ^{(1) (2) (3)}. Ces chiffres soulignent l'impact des violences infantiles sur notre société d'autant plus que la parole des victimes d'abus pendant leur enfance se libère et cette importante incidence risque de croître dans les années à venir.

Ces violences subies dans l'enfance induisent des conséquences sur la santé, le développement, le bien-être psychologique et l'intégration dans une dynamique familiale et sociale satisfaisante. A l'âge adulte, les enfants maltraités ont plus de risque de développer des pathologies psychologiques (dépression, suicide, etc...) et des troubles comportementaux (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, comportements sexuels à risque, tendance à commettre des violences à leur tour, entre autres). A travers ces conséquences directes, ces patients sont plus disposés à souffrir d'infections sexuellement transmissibles ou de pathologies cardiaques et néoplasiques. Repérer au plus tôt les signes de violences que subissent les enfants permet de mieux prévenir ces répercussions dont l'impact médical, social et économique est important.

Les violences faites aux enfants sont mal connues, sous-estimées et aussi sous-déclarées dans le milieu médical. En tant que principaux acteurs des soins primaires, les médecins généralistes sont les premiers intervenants lors de consultations d'urgence et de suivi d'enfants. Ils peuvent, par ce biais, identifier les enfants victimes de violences et organiser leur prise en charge.

L'objectif de ce travail est d'identifier, à travers une revue de littérature, les signes cliniques des enfants victimes de violences directes (physique, psychologique ou sexuelle) et indirectes (enfants témoins de violences) consultant en soins primaires.

II. Méthode

1. Protocole

Cette revue systématique de la littérature a été rédigée selon le protocole PRISMA dont la grille est présentée en Annexe I.

2. Critères d'éligibilité

Les études originales, rédigées en anglais ou en français, portant sur l'étude de signes cliniques présentés par des enfants, âgés de 0 à 18 ans, victimes de violence ou exposés à de la violence, consultant en soins primaires dans un pays occidental, ont été incluses.

Les éditos, revues de littérature, études qualitatives, études de cas, ainsi que les études cliniques se déroulant dans un pays non occidental, et en population générale ou sur les adultes ayant survécu à des violences dans l'enfance ont été exclus. Les articles portant sur la prévalence, les caractéristiques sociodémographiques, la prévention, la prise en charge de la violence, les traitements et les articles évaluant la connaissance des professionnels de santé sur le sujet de la violence faite aux enfants ont été également exclus.

3. Sources d'information et recherche

Les équations de recherche ont été rédigées avec l'aide des documentalistes de la bibliothèque universitaire de santé de l'Université Clermont Auvergne. Les bases de données PubMed, Cochrane, PsycInfo, Embase et Cinahl ont été interrogées. Les mots clefs utilisés dans l'équation de recherche

ciblaient la maltraitance d'enfants ou l'exposition des enfants aux violences entre partenaires intimes et les soins primaires. Les équations de recherche sont présentées en Annexe II.

4. Sélection des études et processus de collecte des données

La sélection des articles a été effectuée, en double lecture par Milène LESTRADE et Quentin MENAGE, dans un 1^{er} temps sur titre et résumé puis sur texte complet, après avoir extrait les articles doublons. Les désaccords éventuels étaient discutés avec Mathilde VICARD-OLAGNE jusqu'à trouver un consensus.

5. Extraction des données

Pour chacun des articles inclus, un tableau de lecture a été réalisé, synthétisant les éléments principaux de l'article tels que : le type d'étude, l'objectif de l'étude, l'année de recrutement et de publication, le pays où se déroule l'étude, le nombre de personnes incluses, les critères d'inclusion et d'exclusion, les principaux résultats, la technique de mesure de la violence et la prévalence de la violence dans l'échantillon. Les tableaux de lecture des articles inclus sont disponibles en Annexe III.

6. Risque de biais dans les études individuelles

Une analyse de qualité de chaque article inclus a été faite à partir des grilles d'évaluation SURE afin de mettre en évidence les risques de biais dans les études incluses dans la revue. Les grilles SURE utilisées sont présentées en Annexe IV et les grilles d'évaluation de la qualité des études incluses se trouvent en Annexe V.

7. Synthèse des résultats

Les principaux résultats des études ont été extraits et résumés afin d'obtenir une analyse descriptive des signes cliniques que peuvent présenter les enfants victimes ou exposés à la violence et consultant en soins primaires.

III. Résultats

1. Sélection des articles

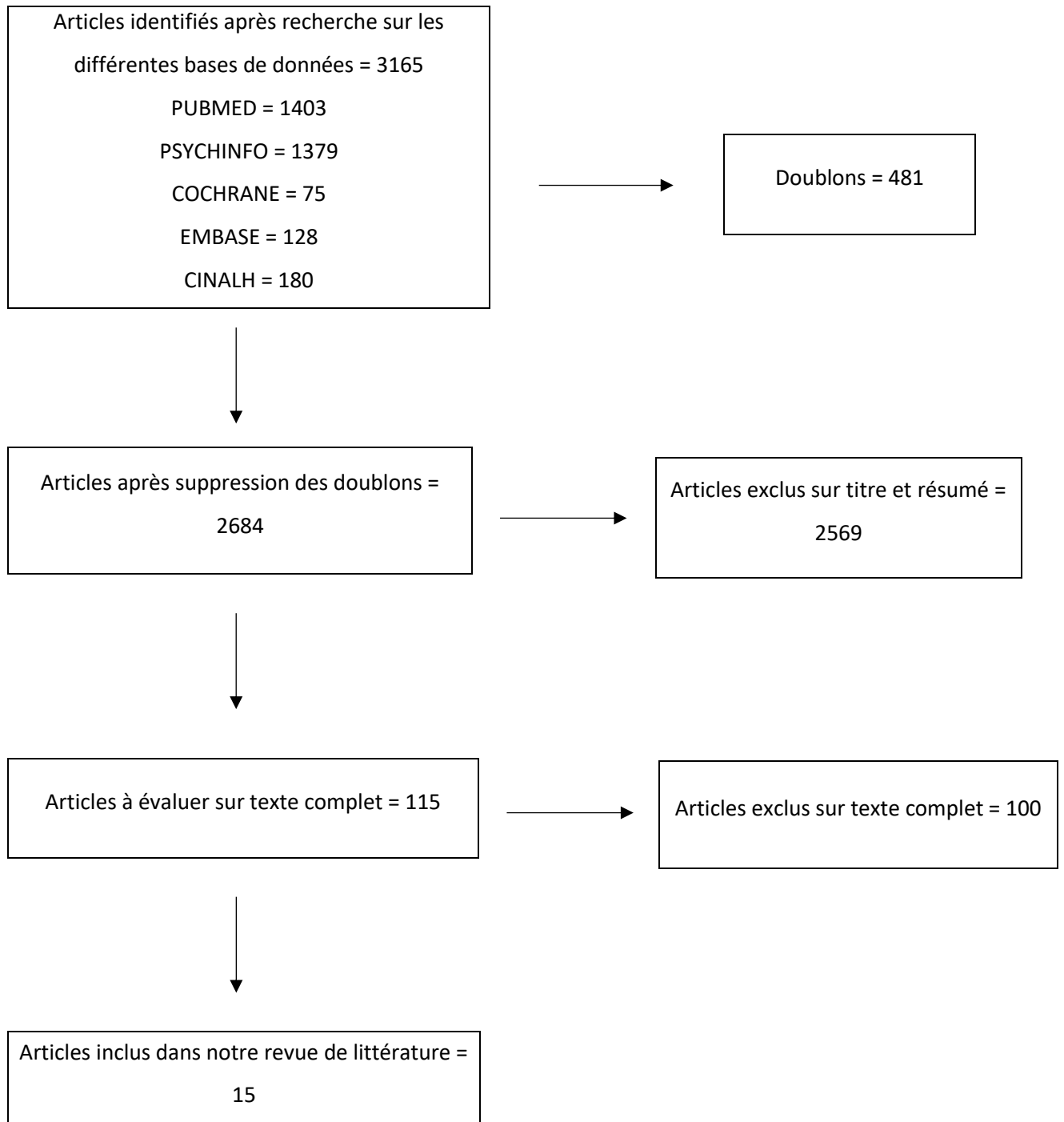


Figure 1 : Diagramme de flux

Un total de 3165 articles a été identifié après une recherche sur les différentes bases de données. Sur les 2684 articles triés sur le titre et le résumé, 115 articles ont été retenus et lus en texte complet. Finalement, 15 articles ont été inclus dans notre revue de littérature.

Critères d'exclusion	Titre & Résumé	Texte complet	Total
Population générale	295	3	298
Adultes victimes pendant l'enfance	158	4	162
Hors soins primaires	357	21	378
Etudes de cas	128	0	128
Etudes qualitatives	96	0	96
Etudes épidémiologiques	97	9	106
Etude sociodémographiques	83	7	90
Prévention	120	5	125
Traitement et prise en charge	171	3	174
Editos	489	20	509
Revue de littérature	156	7	163
Hors pays occidentaux	12	1	13
Ni français ni anglais	3	6	9
Formation médicale	404	14	418
Total	2569	100	2669

Tableau 1 : Nombre d'articles exclus en fonction des critères d'exclusion

2. Caractéristiques des articles inclus

Les 15 articles inclus dans la revue ont été publiés entre 1996 et 2018.

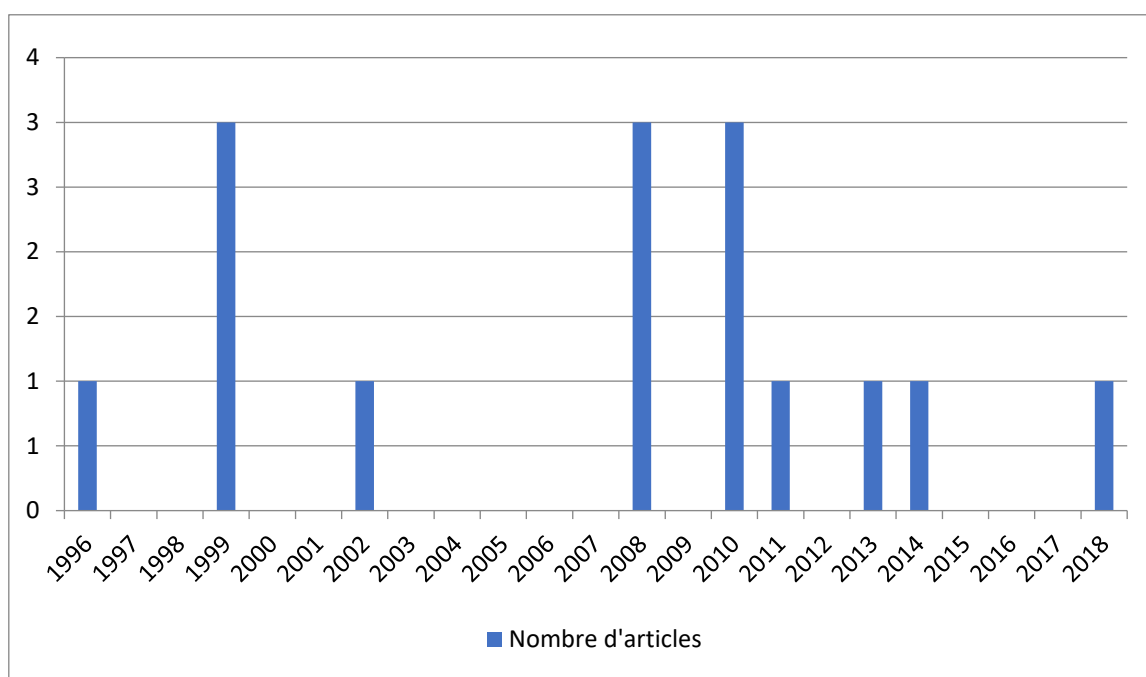


Figure 2 : Répartition des articles inclus en fonction de leur date de publication

Les études issues de ces articles ont été, pour la majorité, réalisées aux Etats-Unis. L'Europe est peu représentée avec seulement trois études dont deux au Pays de Galles et une en Suède.

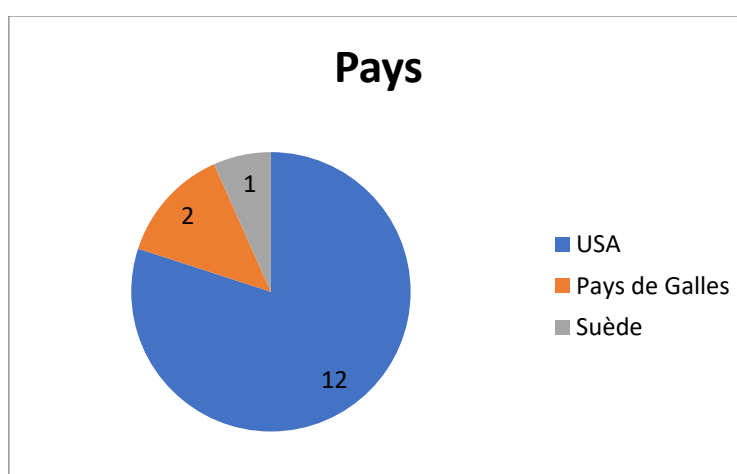


Figure 3 : Répartition des articles inclus en fonction des pays

Les études incluses sont des études transversales, de cohorte ou de type cas-témoins.

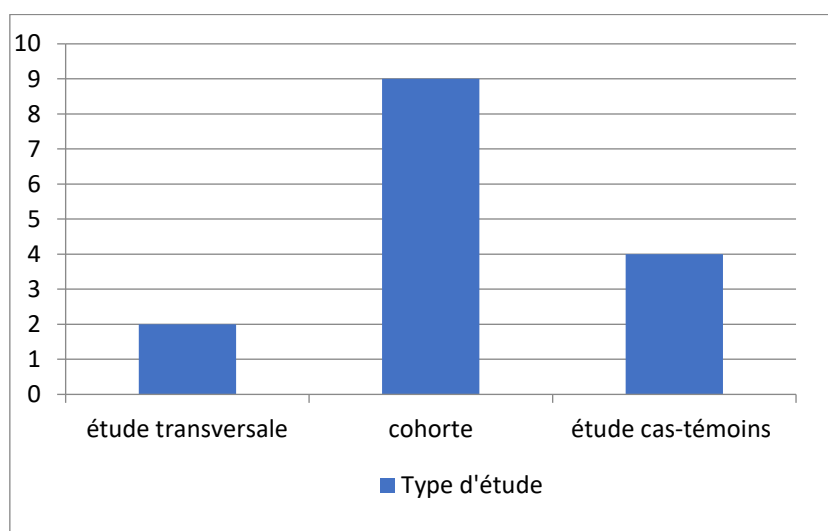


Figure 4 : Répartition des articles en fonction du type d'étude

Différents types de violences ont été étudiés dans les articles. Il pouvait s'agir de violence physique, de violence émotionnelle/psychologique, de violence sexuelle, ou de violence conjugale (c'est-à-dire lorsque l'enfant est témoin directement ou non de violences conjugales). Dans certaines études, il n'était question que d'un seul type de violences, dans d'autres plusieurs types de violences étaient analysés. Pour certaines études, le type de violences n'était pas mentionné. Ci-dessous, le graphique répertoriant les types de violences étudiés. Les articles évoquant plusieurs types de violences sont comptabilisés dans chaque type de violence analysé.

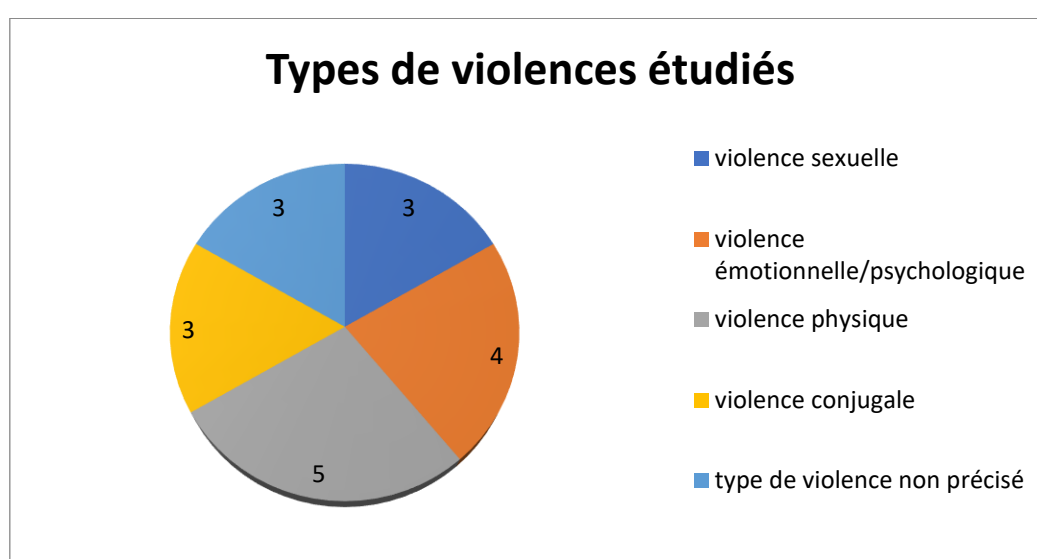


Figure 5 : Répartition des articles en fonction du type de violences étudié

Dans la majorité des études, la violence a été identifiée par des auto-questionnaires. Dans certaines études, la violence était identifiée par le clinicien par son examen clinique ou par l'intermédiaire des dossiers médicaux. Une étude fait appel à l'analyse des dossiers médicaux puis à un questionnaire pour identifier la violence. Deux études ont été menées sur des victimes de violences identifiées par la police qui étaient par la suite examinées par un médecin en soins primaires.



Figure 6 : Répartition des articles en fonction du mode de recueil des violences

Dans les études incluses, le nombre de participants varie de 65 à 16595. 13 articles sur 15 étudient moins de 1000 enfants.

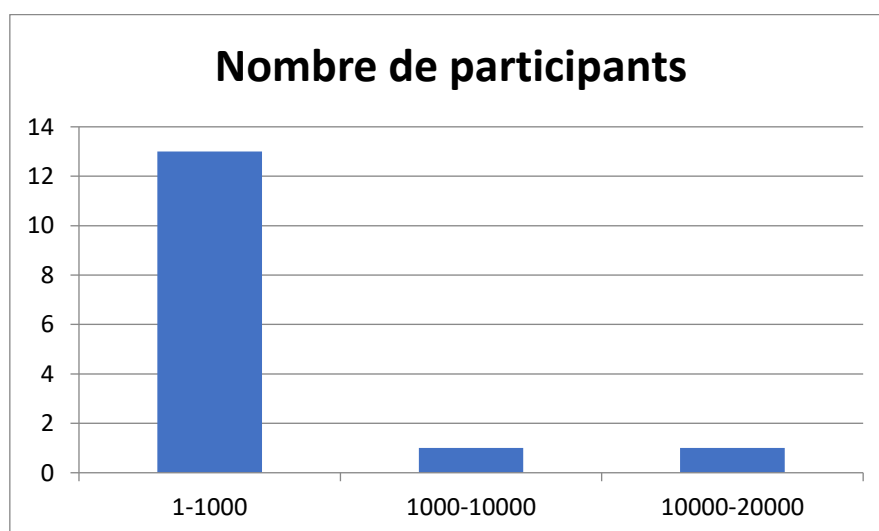


Figure 7 : Répartition des articles en fonction du nombre de participants

La prévalence des violences dans les études varie de 2.5% à 100%. Trois études ne rapportent pas de prévalence. Dans certaines études, plusieurs prévalences sont identifiées, correspondant chacune aux différents types de violences analysés.

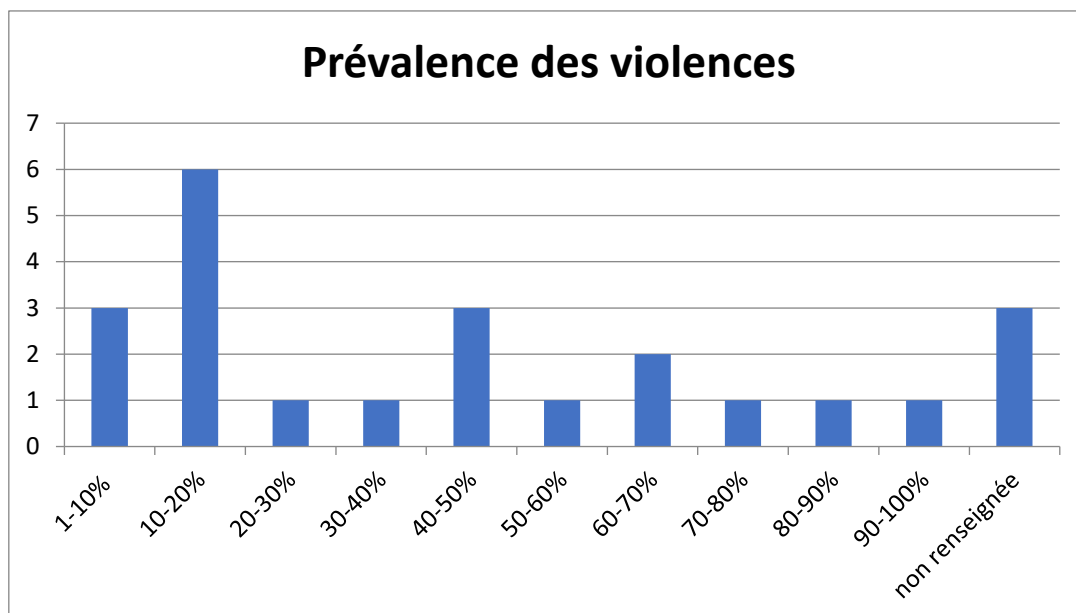


Figure 8 : Répartition des articles en fonction de la prévalence des violences

Les autres caractéristiques, à savoir les critères d'inclusion et d'exclusion, sont décrites en Annexe III.

3. Risque de biais dans les études

Le risque de biais a été évalué pour chaque étude à l'aide des grilles d'évaluation de la qualité SURE (Annexe IV et Annexe V).

4. Synthèse des résultats

4.1. Généralités

Notre revue regroupe 15 articles. Parmi eux, 6 articles retrouvent des résultats concernant des signes cliniques somatiques, 3 discutent de signes psychologiques, 1 évoque des troubles du développement psychomoteur et 1 autre étudie des troubles comportementaux. Les 4 articles restants citent plusieurs types de symptômes différents (physiques, psychologiques et comportementaux).

4.2. Signes cliniques physiques et somatiques

Parmi les signes physiques retrouvés à travers notre revue, certains symptômes sont peu spécifiques du type de violences infantiles et ces mêmes symptômes sont également fréquents dans d'autres pathologies. En effet, les enfants victimes de violences peuvent présenter des douleurs abdominales, des nausées et vomissements, des douleurs thoraciques, des céphalées ou des épisodes d'hypoesthésie d'un membre. A propos des violences physiques, selon van Tilburg *et al.* ⁽⁴⁾, un lien significatif est rapporté entre cette forme de violences et les nausées et vomissements avec un Odds Ratio (OR) de 1.5 [Intervalle de Confiance (IC) 95% = 1,1-2,2]. De plus, dans l'étude de Antao *et al.* ⁽⁵⁾, une différence significative de symptômes persistants au-delà d'un an (douleurs abdominales, thoraciques, céphalées ou hypoesthésie du membre supérieur) est retrouvée chez des enfants abusés sexuellement par rapport aux enfants non abusés. Une étude cite un OR de 1.7 [IC 95%, 1,1-2,47] entre les violences sexuelles et les douleurs abdominales ⁽⁴⁾. Ensuite, les enfants témoins de violences sont également plus susceptibles de présenter des céphalées et des douleurs abdominales récurrentes avec une atteinte significative sur la qualité de vie ⁽⁶⁾. Enfin, la violence psychologique est aussi une source de douleurs abdominales (OR = 1,5 [IC 95%, 1,1-2,0]), et de nausées et vomissements (OR = 2,1 [IC 95%, 1,5-2,9]) ⁽⁴⁾.

Parallèlement, il ressort de notre revue des signes spécifiques des violences physiques. Il existe des fractures en particulier humérales ou de sièges multiples, mais aussi des brûlures au niveau des mains ou des blessures localisées au visage ⁽⁷⁾. Selon Sugar *et al.* ⁽⁸⁾, les enfants peuvent également présenter des ecchymoses au niveau de l'abdomen, des parties postérieures du corps comme les hanches et les fesses, du visage (front exclu), des avant-bras, des parties hautes des bras et des mains comme signes spécifiques de possible maltraitance physique. La présence de ces ecchymoses notamment chez des enfants âgés de moins de 9 mois et dont la marche n'est pas acquise est particulièrement suspecte. D'après Nuño *et al.* ⁽⁹⁾, l'apparition d'une épilepsie, d'un déficit moteur ou d'une déficience visuelle peut être causée à moyen terme par un traumatisme crânien non accidentel.

Les violences sexuelles peuvent être à l'origine de signes plus spécifiques comme l'énurésie et l'encoprésie secondaire ⁽¹⁰⁾. Une mesure du diamètre transhyménal de 9 mm sans variation avec l'âge est une donnée significative de suspicion d'abus sexuels sur des jeunes patientes, selon Pugno ⁽¹¹⁾, avec une spécificité de 99% et une sensibilité de 79% en tant qu'outil de dépistage.

D'après Walker *et al.* ⁽¹²⁾, les enfants asthmatiques exposés à la violence conjugale développent plus de symptômes diurnes et nocturnes avec une différence significative pour les symptômes nocturnes par rapport aux enfants asthmatiques non exposés.

4.3. Signes psychologiques

Un grand nombre de répercussions psychologiques peuvent être présentées par les enfants victimes de violences. La dépression est une conséquence fréquente, pouvant faire suite à tout type de violences. Certains enfants expriment également du désespoir et lorsque cela est présent, un syndrome dépressif y est associé. Selon Courtney *et al.*, une association statistiquement significative est retrouvée entre l'exposition à la violence émotionnelle et la dépression (OR = 5.14 [IC 95%, 1.22-21.75]), entre la violence émotionnelle et le désespoir (OR = 1.80 [IC 95%, 0.33-9.70]) et entre la violence émotionnelle jointe au désespoir et la dépression (OR = 7.59 [IC 95%, 1.96-29.41]) ⁽¹³⁾. Ces associations significatives sont également retrouvées dans un autre article qui évoque que ces signes peuvent être aussi secondaires de façon significative à l'exposition à la violence physique sévère ou cruelle ⁽¹⁴⁾.

Les troubles anxieux généralisés et les troubles paniques figurent aussi comme conséquences psychologiques aux violences. En référence à l'étude de McCullough *et al.*, des associations statistiquement significatives entre les violences émotionnelles ou physiques et les troubles anxieux généralisés ou les troubles paniques sont mises en évidence ($p < 0.001$) ⁽¹⁵⁾.

Les enfants victimes de violences peuvent présenter des troubles du sommeil voire même faire des cauchemars. La persistance de ces troubles est significativement liée à un antécédent d'abus sexuels dans l'étude de Maddocks *et al.* (OR = 8.57 [IC 95%, 1.06-185.56]) ⁽¹⁰⁾.

4.4. Troubles comportementaux

Les enfants victimes de violences peuvent présenter des troubles du comportement. Certains ne sont pas spécifiques de violences. C'est le cas des troubles d'intériorisation ou d'extériorisation. Selon Lewis *et al.* ⁽¹⁶⁾, les troubles d'intériorisation correspondent aux comportements affectant le « soi » représentés par un manque de confiance en soi, une mauvaise estime de soi, les comportements anxieux ou dépressifs. Dans leur étude, un lien statistiquement significatif entre la violence et les troubles d'intériorisation est évoqué avec un OR de 3.1.

Selon Brensilver *et al.* ⁽¹⁷⁾, les troubles d'extériorisation correspondent à des troubles de conduites avec agressivité et délinquance. Une association statistiquement significative ($p < 0.01$) entre la maltraitance et les comportements d'extériorisation est décrite dans les résultats de leur étude.

Le tabagisme actif est une autre conséquence non spécifique de l'exposition à la violence qui est retrouvée à l'adolescence. Lewis *et al.* ⁽¹⁶⁾ mettent en évidence un lien statistiquement significatif entre l'exposition à la violence et le tabagisme ($p < 0.05$). Les résultats de leur étude soulignent que les adolescents de 16 ans sont d'autant plus sujets au tabagisme qu'ils ont un antécédent d'exposition à la violence et qu'ils présentent des troubles d'intériorisation ($p < 0.01$).

D'autres troubles peuvent être spécifiques de certaines violences. Un enfant témoin de violence conjugale peut présenter un défaut d'attachement à ses parents, comme en témoignent les résultats de l'article de Grip *et al.* ⁽⁶⁾.

Selon Maddocks *et al.* ⁽¹⁰⁾, un enfant victime d'abus sexuels peut présenter divers troubles du comportement : une peur inappropriée envers le soignant, une tendance au retrait, un comportement exagérément infantile, présenter des comportements sexuels inappropriés (avec des jouets ou des animaux de compagnie) ou évoquer des inquiétudes homophobes. Il peut également présenter des troubles du comportement alimentaire. Sur le plan scolaire, les enfants abusés sexuellement présentent une phobie scolaire et l'absentéisme est fréquent. Le risque suicidaire est important chez ces enfants.

4.5. Troubles du développement

Au sein de notre revue de littérature, une étude mentionne un lien entre des retards de développement et les violences subies par les enfants ⁽¹⁸⁾. Cette dernière évoque, après un suivi de 9 ans, l'apparition de manière significative de retards de langage, de troubles de l'interaction sociale et de retards de la motricité globale et fine chez des enfants victimes de violences psychologiques. Gilbert *et al.* ⁽¹⁸⁾ retrouvent aussi un lien significatif entre les enfants témoins de violences et l'apparition de retards de langage, de troubles de l'interaction sociale et de retards de la motricité uniquement fine. La violence physique infantile est également responsable de troubles du développement. Les résultats de Nuño *et al.* ⁽⁹⁾ illustrent l'existence spécifique de troubles de l'apprentissage chez 42,2% des enfants et de troubles de l'élocution chez 10,7% des enfants ayant subi un traumatisme crânien non accidentel.

IV. Discussion

1. Synthèse des résultats

Un grand nombre de conséquences peut apparaître chez les enfants exposés à la violence. Sur le plan somatique, ces enfants sont amenés à consulter pour des douleurs persistantes et inexpliquées, une énurésie ou encoprésie secondaire ou bien une aggravation de pathologies chroniques telles que l'asthme. Sur le plan traumatique, les enfants victimes de violences physiques peuvent présenter des ecchymoses ou des fractures de localisation atypique pour l'âge et le stade de leur développement moteur, voire un déficit neurologique ou une épilepsie secondaire à un traumatisme crânien non accidentel.

Les enfants victimes de violences peuvent présenter un retard de développement psychomoteur sur le plan moteur mais aussi sur le langage et sur l'interaction sociale.

Sur le plan psychologique, l'exposition à la violence engendre des troubles de l'humeur tels que la dépression et le désespoir. L'anxiété est également présente et peut se manifester sous la forme de troubles anxieux généralisés ou de troubles paniques. Les enfants victimes de violences sont sujets aux troubles du sommeil dont les cauchemars.

Divers troubles du comportement peuvent se manifester chez des enfants ayant été exposés à la violence. Ces enfants peuvent présenter des troubles d'intériorisation ou au contraire d'extériorisation. Ils peuvent avoir une peur inappropriée, envers le soignant par exemple, ou faire preuve de retrait ou bien de défaut d'attachement envers leurs parents. Ils peuvent également manifester des comportements sexuels inappropriés secondairement à un abus sexuel. Le risque suicidaire est présent chez les enfants victimes de violences. Ils sont également sujets au tabagisme actif. Sur le plan scolaire, les enfants exposés à la violence peuvent présenter une phobie scolaire voire un absentéisme récurrent.

2. Limites de la revue

Malgré le bon respect de la méthodologie, cette revue de la littérature comporte quelques limites. Premièrement, une limite apparaît par rapport à la définition des soins primaires. Selon l'OMS, cela correspond à « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays ». Malgré cette définition

internationale, l'organisation des systèmes de santé est différente selon les pays. Pour inclure ces différents types de soins primaires, l'équation de recherche associait les termes de 'soins primaires' avec les termes de 'médecin généraliste' et de 'médecin de famille'.

Deuxièmement, la revue cible les études issues de pays occidentaux afin que la prise en charge des enfants victimes de violences et l'organisation des systèmes de santé soient comparables et donc que les résultats soient transposables à la situation française. Cela limite de façon conséquente le nombre d'articles éligibles.

Troisièmement, les conséquences de l'exposition à la violence pendant l'enfance ne sont pas toujours visibles de façon instantanée. Des répercussions peuvent apparaître des années après l'exposition et le lien avec un antécédent de violence subie dans l'enfance ne peut être fait qu'à l'âge adulte. Lors du tri des articles, les études qui incluent les adultes survivants des violences reçues dans l'enfance ont été exclues, y compris celles dont le suivi débute dans l'adolescence et se termine à l'âge adulte car l'objectif du travail est d'étudier les signes cliniques des enfants. Néanmoins, cette sélection a éliminé des articles présentant des signes cliniques qui pourraient aussi être utiles à la connaissance des médecins généralistes dans le but du dépistage des violences faites aux enfants et du suivi des victimes.

Quatrièmement, la plupart des études incluses étudient un petit échantillon avec une faible prévalence d'exposition à la violence.

Cinquièmement, le mode de recueil de la violence dans les études soulève une autre limite de cette revue. En effet, dans la majorité des études, la violence est identifiée par l'enfant ou ses parents en réponse à des auto-questionnaires. Cette méthode entraîne une possible sous-estimation de la prévalence de la violence et donc de la significativité des résultats.

3. Comparaison avec la littérature

Notre travail de revue retrouve des résultats similaires aux autres revues de la littérature. En 2012, Norman *et al.* ⁽¹⁹⁾ montrent une association significative entre les symptômes dépressifs et la violence psychologique (OR = 3.06 [IC 95% 2.43-3.85]), physique (OR = 1.54 [IC 95% 1.16-2.04]) et la négligence (OR = 2.11 [IC 95% 1.61-2.77]). En 2019, Gardner *et al.* ⁽²⁰⁾ retrouvent également plusieurs associations significatives entre la dépression et toutes les formes de violences infantiles (OR 1.65-

2.48) et l'anxiété et la violence sexuelle (OR = 1.90 [IC 95% 1.6-2.25]) ou la violence physique (OR = 1.56 [IC 95% 1.39-1.76]). En 2015, Röhr *et al.* ⁽²¹⁾ évoquent des liens entre la maltraitance au sens large et les troubles du comportement alimentaire. En 2018, Oh *et al.* ⁽²²⁾ retrouvent un lien entre l'exposition à la violence et l'asthme, des déficiences dans le développement et des plaintes somatiques inexplicables.

En 2005, Maguire *et al.* ⁽²³⁾ notent que les ecchymoses de la tête, du cou, du tronc, des fesses et des bras sont suspectes de violences physiques, en particulier quand elles sont multiples et associées à d'anciennes lésions. En 2008, Kemp *et al.* ⁽²⁴⁾ citent la présence de fractures multiples dans de nombreux cas de maltraitements et les fractures humérales avec une probabilité de violences entre 48 et 54%. Leur revue retrouve aussi avec une probabilité de maltraitance de 71 % des fractures de côtes, les fractures fémorales (28 à 43%) et les fractures du crâne (30%), ces signes n'apparaissent pas dans notre travail de recherche ; cette absence est probablement due au cadre ciblé des soins primaires. En effet, ces revues de littérature n'ont pas été réalisées dans un cadre de soins primaires exclusifs, des données proviennent également des services d'urgences et des unités hospitalières pédiatriques.

4. Impact pour la pratique

Les médecins généralistes ont un rôle primordial face aux violences faites aux enfants. En effet, ils représentent le personnel soignant de premiers recours pour le suivi de l'enfant et les consultations d'urgence pédiatrique. Ils sont donc souvent les premiers confrontés à ce type de problèmes. Le médecin généraliste doit se montrer alerte face à toute plainte d'un enfant et ne doit pas manquer de s'interroger face à des plaintes somatiques atypiques ou récurrentes sans qu'une cause médicale évidente ne soit identifiable. Il doit rester attentif au développement de l'enfant dont les retards sur le plan moteur ou du langage ou de l'interaction sociale doivent l'alerter. Le médecin généraliste doit également rester vigilant face aux enfants présentant des troubles du comportement ou des troubles psychiques de type dépressifs ou anxieux car ce ne sont pas des symptômes anodins, surtout lorsqu'ils se montrent récurrents. Il est donc nécessaire de rechercher une cause traumatique de type violence chez ces enfants. Le rôle des médecins généralistes consiste, à la fois, à du repérage, de la prévention en vue de diminuer l'exposition à la violence et le risque de conséquences à court et long terme, mais aussi à la prise en charge et au maintien du suivi des enfants victimes (y compris après une prise en charge spécialisée ou un placement).

V. Conclusion

Les violences envers les enfants sont fréquentes et mal reconnues dans le milieu médical, alors que la parole des adultes victimes de maltraitements dans l'enfance se libère. En tant qu'intervenants de premiers recours, les médecins généralistes ont la responsabilité d'identifier au plus tôt les signes cliniques évocateurs de violences infantiles pour protéger ces jeunes patients et prévenir les conséquences médicosociales à l'âge adulte. La reconnaissance de la maltraitance infantile reste difficile compte tenu du caractère variable et non spécifique des symptômes. Cependant, la récurrence ou la persistance de symptômes comme des douleurs inexplicables peut faire suspecter une situation de violences subies par un enfant. De plus, de nombreux signes psycho-comportementaux, comme l'anxiété ou l'internalisation, parfois banalisés chez les enfants et les adolescents, méritent une attention toute particulière du clinicien. La difficulté réside également dans la diversité des violences subies, en particulier chez les enfants témoins de violences, mais aussi dans l'absence d'anomalie retrouvée à l'examen dans des cas d'abus sexuels. Ainsi, le praticien doit systématiquement évoquer, au moindre point d'appel, une maltraitance infantile lors des consultations d'urgence et de suivi.

Notre revue de littérature montre également qu'il existe peu d'études réalisées en soins primaires sur les enfants victimes de maltraitance. Le développement de la recherche sur les enfants victimes de violences, est essentiel pour sensibiliser et comprendre comment le médecin généraliste peut aider au mieux ces jeunes patients.



CONCLUSION DE LA THESE

Les violences envers les enfants sont fréquentes et mal reconnues dans le milieu médical, alors que la parole des adultes victimes de maltraitance dans l'enfance se libère. En tant qu'intervenants de premiers recours, les médecins généralistes ont la responsabilité d'identifier au plus tôt les signes cliniques évocateurs de violences infantiles pour protéger ces jeunes patients et prévenir les conséquences médicosociales à l'âge adulte. La reconnaissance de la maltraitance infantile reste difficile compte tenu du caractère variable et non spécifique des symptômes. Cependant, la récurrence ou la persistance de symptômes comme des douleurs inexplicables peut faire suspecter une situation de violences subies par un enfant. De plus, de nombreux signes psycho-comportementaux, comme l'anxiété ou l'internalisation, parfois banalisés chez les enfants et les adolescents, méritent une attention toute particulière du clinicien. La difficulté réside également dans la diversité des violences subies, en particulier chez les enfants témoins de violences, mais aussi dans l'absence d'anomalie retrouvée à l'examen dans des cas d'abus sexuels. Ainsi, le praticien doit systématiquement évoquer, au moindre point d'appel, une maltraitance infantile lors des consultations d'urgence et de suivi. Notre revue de littérature montre également qu'il existe peu d'études réalisées en soins primaires sur les enfants victimes de maltraitance. Le développement de la recherche sur les enfants victimes de violences, est essentiel pour sensibiliser et comprendre comment le médecin généraliste peut aider au mieux ces jeunes patients.

Clermont-Ferrand, le 10/03/21
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
BP 38 • 28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand

Clermont-Ferrand, le 6/3/21
Le Président du Jury

Pr Etienne MERLIN
1er Vice-Président
2e Vice-Président
3e Vice-Président
4e Vice-Président
5e Vice-Président
6e Vice-Président
7e Vice-Président
8e Vice-Président
9e Vice-Président
10e Vice-Président
11e Vice-Président
12e Vice-Président
13e Vice-Président
14e Vice-Président
15e Vice-Président
16e Vice-Président
17e Vice-Président
18e Vice-Président
19e Vice-Président
20e Vice-Président
21e Vice-Président
22e Vice-Président
23e Vice-Président
24e Vice-Président
25e Vice-Président
26e Vice-Président
27e Vice-Président
28e Vice-Président
29e Vice-Président
30e Vice-Président
31e Vice-Président
32e Vice-Président
33e Vice-Président
34e Vice-Président
35e Vice-Président
36e Vice-Président
37e Vice-Président
38e Vice-Président
39e Vice-Président
40e Vice-Président
41e Vice-Président
42e Vice-Président
43e Vice-Président
44e Vice-Président
45e Vice-Président
46e Vice-Président
47e Vice-Président
48e Vice-Président
49e Vice-Président
50e Vice-Président
51e Vice-Président
52e Vice-Président
53e Vice-Président
54e Vice-Président
55e Vice-Président
56e Vice-Président
57e Vice-Président
58e Vice-Président
59e Vice-Président
60e Vice-Président
61e Vice-Président
62e Vice-Président
63e Vice-Président
64e Vice-Président
65e Vice-Président
66e Vice-Président
67e Vice-Président
68e Vice-Président
69e Vice-Président
70e Vice-Président
71e Vice-Président
72e Vice-Président
73e Vice-Président
74e Vice-Président
75e Vice-Président
76e Vice-Président
77e Vice-Président
78e Vice-Président
79e Vice-Président
80e Vice-Président
81e Vice-Président
82e Vice-Président
83e Vice-Président
84e Vice-Président
85e Vice-Président
86e Vice-Président
87e Vice-Président
88e Vice-Président
89e Vice-Président
90e Vice-Président
91e Vice-Président
92e Vice-Président
93e Vice-Président
94e Vice-Président
95e Vice-Président
96e Vice-Président
97e Vice-Président
98e Vice-Président
99e Vice-Président
100e Vice-Président

VI. Références

1. La maltraitance des enfants [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
3. Maltraitements des enfants en France : de nouveaux chiffres [Internet]. L'Enfant Bleu. 2017 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://enfantbleu.org/maltraitements-des-enfants-en-france-de-nouveaux-chiffres/>
4. van Tilburg MAL, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, et al. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Ann Fam Med*. mars 2010;8(2):134-40.
5. Antao V, Maddocks A, Street E, Sibert JR. A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys. *Arch Dis Child*. sept 1996;75(3):237-8.
6. Grip KK, Almqvist K, Axberg U, Broberg AG. Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence. *J Fam Violence*. août 2014;29(6):681-92.
7. Hennrikus WL, Shaw BA, Gerardi JA. Injuries when children reportedly fall from a bed or couch. *Clin Orthop*. févr 2003;(407):148-51.
8. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network. *Arch Pediatr Adolesc Med*. avr 1999;153(4):399-403.
9. Nuño M, Ugiliweneza B, Zepeda V, Anderson JE, Coulter K, Magana JN, et al. Long-term impact of abusive head trauma in young children. *Child Abuse Negl*. 23 août 2018;
10. Maddocks A, Griffiths L, Antao V. Detecting child sexual abuse in general practice: A retrospective case-control study from Wales. *Scand J Prim Health Care*. déc 1999;17(4):210-4.
11. Pugno PA. Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements. *Arch Fam Med*. oct 1999;8(5):403-6.
12. Walker J, Lewis-Land C, Kub J, Tsoukleris M, Butz A. The effect of violence on asthma: are our children facing a double-edged sword? *J Community Health*. déc 2008;33(6):384-8.
13. Courtney EA, Kushwaha M, Johnson JG. Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence. *J Emot Abuse*. 2008;8(3):281-98.
14. Courtney EA, Johnson JG, Alloy LB. Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients. *Int J Cogn Ther*. févr 2008;1(1):4-17.
15. Mccullough C, Miller E, Johnson JG. Childhood Emotional Abuse, Cruel Physical Punishment, and Anxiety among Adolescent Primary Care Patients. *J Child Adolesc Trauma*. 1 sept 2010;3(3):224-33.

16. Lewis TL, Kotch J, Wiley TRA, Litrownik AJ, English DJ, Thompson R, et al. Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking. *J Adolesc Health*. mars 2011;48(3):247-52.
17. Brensilver M, Negri S, Mennen FE, Trickett PK. Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence: Moderating effects of maltreatment experience and gender. *J Clin Child Adolesc Psychol*. juill 2011;40(4):607-17.
18. Gilbert AL, Bauer NS, Carroll AE, Downs SM. Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones. *Pediatrics*. déc 2013;132(6):e1577-1583.
19. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
20. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. oct 2019;96:104082.
21. Rohrbach JB. A comprehensive guide to child custody evaluations: Mental health and legal perspectives. New York, NY: Springer Science + Business Media; 2008.
22. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr*. 23 févr 2018;18(1):83.
23. 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*. févr 2005;90(2):182-6.
24. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2 oct 2008;337:a1518.

VII. Annexes

<i>Annexe I : Grille de rédaction PRISMA</i>	37
--	----

Annexe II : Equation de recherche

- PubMed.....	40
- PsycINFO et Cochrane Library.....	42
- Embase.....	43
- Cinahl	43

Annexe III : Tableaux de lecture des études incluses

- A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys ⁽⁵⁾ .	44
- Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients ⁽¹⁴⁾	45
- Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network ⁽⁸⁾	46
- Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones ⁽¹⁸⁾	48
- Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence ⁽¹³⁾	50
- Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients ⁽¹⁵⁾	51
- Detecting child sexual abuse in general practice: a retrospective case-control study from Wales ⁽¹⁰⁾	53
- Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements ⁽¹¹⁾	55
- Injuries when children reportedly fall from a bed or couch ⁽⁷⁾	56
- Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking ⁽¹⁶⁾	57
- Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence: Moderating effects of maltreatment experience and gender ⁽¹⁷⁾	59
- Long-term impact of abusive head trauma in young children ⁽⁹⁾	61
- Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence ⁽⁶⁾	63
- The effect of violence on asthma: are our children facing a double-edged sword? ⁽¹²⁾	65

- Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect ⁽⁴⁾ 66

Annexe IV : Grilles d'évaluation SURE

- Grille d'évaluation SURE des études cas-témoins..... 68
- Grille d'évaluation SURE des études de cohorte 69
- Grille d'évaluation SURE des études transversales..... 70

Annexe V : Evaluation de la qualité des études incluses selon les grilles d'évaluation SURE

- Evaluation de la qualité des études cas-témoin 71
- Evaluation de la qualité des études de cohorte..... 72
- Evaluation de la qualité des études transversales..... 76

Annexe I : Grille de rédaction PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	79
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	16
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	17
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	17
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	17
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	17
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	18
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	18

Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	18
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	18
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	18
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	18
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2 for each meta-analysis).	18
Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	/
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	/
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	19-20
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	21-24
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	24
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	/
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	24-27

Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	/
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	/
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	28
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	28-29
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	31
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	33-34

PubMed

("child abuse"[MH] OR "child neglect"[TW] OR "shaken baby syndrome"[TW] OR "battered baby"[TW] OR "child maltreatment"[TW] OR "child mistreatment"[TW] OR "abused child"[TW] OR "child abuser"[TW] OR "maltreatment child"[TW] OR "child abuse"[TW] OR "abuse child"[TW] OR "abused children"[TW] OR "child abuses"[TW] OR "abuse, child sexual"[TW] OR "sexual abuse, child"[TW] OR "child sexual abuse"[TW] OR "childhood sexual abuse"[TW] OR "child physical abuse"[TW] OR "childhood physical abuse"[TW])

OR

("Intimate Partner Violence"[MH:noexp] OR "intimate partner violence"[TW] OR "gender-based violence"[TW] OR "abuse of partner"[TW] OR "Intimate Partner Violence"[TW] OR "intimate partner abuse"[TW] OR "abuse, intimate partner"[TW] OR "violence, intimate partner"[TW]

OR "spouse abuse"[MH] OR "abuse, spouse"[TW] OR "spouse abuse"[TW] OR "wife abuse"[TW]

OR "battered women"[MH] OR "battered women"[TW] OR "abused woman"[TW] OR "abused women"[TW] OR "battered woman"[TW] OR "domestic violence"[MH:noexp] OR "personal harm"[TW] OR "assault"[TW] OR "domestic violence"[TW] OR "violence, domestic"[TW] OR "victim of violence"[TW] OR "family violence"[TW] OR "domestic abuse"[TW])

AND ("Exposure to Violence"[MH] OR Expos*[TW] OR witnessing[TW] OR witness[TW] OR witnesses[TW] OR witnessed[TW] OR hearing[TW] OR seeing[TW]) AND ("child, preschool"[MH] OR "child"[MH] OR child*[TW] OR "Offspring"[TW] OR "minor"[TW] OR "progeny"[TW] OR "adolescent"[MH] OR "adolescent"[TW] OR "teenagers"[TW] OR "teens"[TW] OR "youth"[TW] OR "teenager"[TW] OR "teen"[TW] OR "youths"[TW] OR "adolescence"[TW] OR "adolescents"[TW])

AND

("general practice"[MH] OR "general practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "primary care practitioner"[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "primary care physicians"[TW] OR "family medicine"[TW] OR "GP"[TW] OR "FM"[TW] OR "physicians, family"[MH] OR "physicians, family"[TW] OR "family physicians"[TW] OR "family physician"[TW] OR "physician, family"[TW] OR "family practice"[TW] OR "practice, family"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family

practices"[TW] OR "general practitioners"[MH] OR "general practitioner"[TW] OR "general practitioners"[TW] OR "practitioner, general"[TW] OR "practitioners, general"[TW] OR (practice[TW] AND physician*[TW]) OR "general physician"[TW] OR "general physicians"[TW] OR "physicians, primary care"[MH] OR "physicians, primary care"[TW] OR "physician, primary care"[TW] OR "primary health care"[MH] OR "primary health care"[TW] OR "care, primary"[TW] OR "primary care"[TW] OR "primary healthcare"[TW] OR "primary care setting"[TW] OR "medical home"[TW] OR (healthcare[TW] AND Primary[TW]))

PsycINFO et Cochrane Library

("child neglect" OR "shaken baby syndrome" OR "battered baby" OR "child maltreatment" OR "child mistreatment" OR "abused child" OR "child abuser" OR "maltreatment child" OR "child abuse" OR "abuse child" OR "abused children" OR "child abuses" OR "abuse, child sexual" OR "sexual abuse, child" OR "child sexual abuse" OR "childhood sexual abuse" OR "child physical abuse" OR "childhood physical abuse")

OR

("intimate partner violence" OR "gender-based violence" OR "abuse of partner" OR "Intimate Partner Violence" OR "intimate partner abuse" OR "abuse, intimate partner" OR "violence, intimate partner" OR "abuse, spouse" OR "spouse abuse" OR "wife abuse" OR "battered women" OR "abused woman" OR "abused women" OR "battered woman" OR "personal harm" OR "assault" OR "domestic violence" OR "violence, domestic" OR "victim of violence" OR "family violence" OR "domestic abuse")

AND (Expos* OR witnessing OR witness OR witnesses OR witnessed OR hearing OR seeing) AND (child* OR "Offspring" OR "minor" OR "progeny" OR "adolescent" OR "teenagers" OR "teens" OR "youth" OR "teenager" OR "teen" OR "youths" OR "adolescence" OR "adolescents")

AND

("general practice" OR "practice, general" OR "family doctor" OR "primary care practitioner" OR "primary care physician" OR "primary care physicians" OR "family medicine" OR "GP" OR "FM" OR "physicians, family" OR "family physicians" OR "family physician" OR "physician, family" OR "family practice" OR "practice, family" OR "practices, family" OR "family practices" OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "practitioner, general" OR "practitioners, general" OR (practice AND physician*) OR "general physician" OR "general physicians" OR "physicians, primary care" OR "physician, primary care" OR "primary health care" OR "care, primary" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "primary care setting" OR "medical home" OR (healthcare AND Primary))

Annexe II : Equations de recherche

Embase

('general practice'/exp OR 'general practitioner'/exp OR 'primary medical care'/exp)

AND

('diagnosis'/exp OR 'symptomatology'/exp OR 'physical disease by body function'/exp OR 'detection'/exp OR detection OR identification)

AND

('exposure to violence'/exp OR 'violence'/exp OR 'childhood trauma'/exp)

AND

([adolescent]/lim OR [child]/lim OR [infant]/lim OR [newborn]/lim)

AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)

Cinahl

“general practice” OR “general practitioner” OR “primary care”

AND

“violence” OR “exposure to violence” OR “child abuse” OR “shaking baby syndrome” OR “child mistreatment” OR “child neglect”

AND

“diagnosis” OR “detection” OR “identification” OR “signs” OR “symptoms”

A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys ⁽⁵⁾

Titre de l'article	A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys
Pays	Pays de Galles
Type d'étude	Cas-Témoins
Objectif de l'étude	Déterminer la fréquence des symptômes somatiques et comportementaux des garçons abusés sexuellement
Critères d'inclusion	Garçons d'une école primaire identifiés par la police comme ayant été abusés sexuellement par leur professeur. Les enfants contrôle sont issus d'une autre école primaire de mêmes critères démographiques
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	107 cas et 107 témoins
Résultats	Rare présence de symptômes somatiques et comportementaux dans les deux groupes (absence de symptômes chez 83,6% des cas et 76,7% des témoins) Pas de différence significative sur l'analyse X2 entre les cas et les témoins ayant présenté à un moment donné des symptômes somatiques (18 sujets contre 25 témoins). Plus d'enfants maltraités que de témoins avec symptômes sur un an (8 cas et 1 contrôle). Différence significative entre les cas et les témoins avec symptômes sur un an $p < 0,05$. Pas de différence significative dans la nature des symptômes signalés dans les 2 groupes. Symptômes retrouvés : douleur abdominale, douleur thoracique, maux de tête, perte sensorielle inexplicable dans le avant-bras et problèmes de comportement (qui inclus non scolarisé).
Technique de mesure de la violence	Violence identifiée par la police puis étude des signes par un médecin généraliste
Prévalence de la violence dans l'échantillon	NR
Date de recrutement ou de publication	Publication en 1996

Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients ⁽¹⁴⁾

Titre de l'article	Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Evaluer les relations entre la maltraitance émotionnelle et physique dans l'enfance et le désespoir et la dépression chez les adolescents en soins primaires
Critères d'inclusion	Adolescents de 15 à 18 ans admis consécutivement en consultation de soins primaires dans différentes structures aux USA
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	195
Résultats	Association significative entre antécédent de violence psychologique, punition sévère ou cruelle et désespoir. AOR = 5.07, IC 95% 1.51–17.19 (en cas de violence psychologique) Association significative entre violence psychologique, punition sévère ou cruelle et dépression ($p < 0.001$). AOR = 3.82, 95% CI, 1.23–11.87 (en cas de violence psychologique) Le désespoir est un médiateur entre la violence émotionnelle et la dépression et est donc présent en cas de dépression. AOR=19.735; 95% CI, 4.28–92.05 (en cas de violence psychologique ou de punition sévère ou cruelle)
Technique de mesure de la violence	Questionnaire
Prévalence de la violence dans l'échantillon	Violence psychologique : 11,8% (23 ados) Violence physique : 12,3% (24 ados)
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2008

Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network ⁽⁸⁾

Titre de l'article	Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network
Pays	USA
Type d'étude	Etude transversale
Objectif de l'étude	Déterminer la fréquence et l'emplacement des ecchymoses chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 3 ans, Déterminer la relation entre l'âge et les stades de développement et la probabilité et l'emplacement des ecchymoses.
Critères d'inclusion	Enfants de 0 à 35 mois en visite de routine selon leur stade de développement : • « precruiser » (n'ayant aucune déambulation debout) de moins de 15 mois • « cruisers » (se déplaçant avec un appui) de 6 à 18 mois • « walkers » (capables de faire plus de 2 pas sans aide) de plus de 7 mois
Critères d'exclusion	• aucune donnée sur la présence ou l'absence d'ecchymoses, • enfants de plus de 36 mois, • ecchymoses liées à une condition médicale connue ou résultant de blessures non accidentelles déclarées
Nombre de patients inclus	973
Résultats	Pas de différence significative sur la fréquence des ecchymoses selon le sexe. Présence d'ecchymoses de façon significativement plus importante chez les blancs que les afro américains ($p < 0.007$). Position intermédiaire des asiatiques sans différence significative avec les blancs ou les afro américains. Augmentation de la présence d'ecchymoses en fonction de l'âge (rare avant 6 mois, augmentation rapide après 9 mois, près de la moitié des enfants présentant au moins une ecchymose entre 18 et 23 mois puis plusieurs ecchymoses visibles entre 24 et 35 mois.

	Augmentation de la présence et du nombre d'ecchymoses en fonction du stade de développement moteur (entre 1 et 2 pour les « precruisers », entre 1 et 5 pour les « cruisers », entre 1 et 11 pour les « walkers »). Variation de la localisation des ecchymoses selon le stade de développement moteur : • « precruisers » : face antérieure des tibias et genoux, front et scalp; • « cruisers » et « walkers » : face antérieure des genoux et tibias, front, scalp et partie haute de la jambe pour les walkers. Les parties postérieures du corps, le visage excepté le front, les avants bras sont peu touchés. Les sites non communs sont l'abdomen, les hanches, les parties hautes du bras, les fesses et les mains.
Technique de mesure de la violence	Examen clinique
Prévalence de la violence dans l'échantillon	NR
Date de recrutement ou de publication	Publication en 1999

Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones

(18)

Titre de l'article	Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones
Pays	USA
Type d'étude	Etude transversale
Objectif de l'étude	Etudier l'association chez l'enfant entre l'exposition à la violence conjugale ou au stress psychologique et l'apparition de troubles du développement durant leurs 72 premiers mois
Critères d'inclusion	• Enfants de moins de 6 ans • Consultant dans une des 4 cliniques de soins primaires en Indiana sur une période de 9 ans entre le 1er novembre 2004 et le 29 juin 2013 • Dont le parent a répondu positivement à au moins une question sur la violence entre partenaires intimes et au moins une sur les jalons de développement, réponses sélectionnées par le CHICA (Child Health Improvement through Computer Automation)
Critères d'exclusion	Toute donnée manquante
Nombre de patients inclus	16595
Résultats	Analyse multivariée : • Association significative entre le rapport parental de l'IPV (violence entre partenaires intimes) et PPD (stress psychologique parental) et un jalon de développement (aOR 2,5, IC à 95% 1,6–3,9) • Association significative entre rapport parental d'IPV uniquement et un jalon du développement (aOR 1,5, IC à 95% 1,2–1,9) • Association significative entre rapport de PPD uniquement avec échec à au moins 1 question de développement (aOR 1,8, 95% CI 1,6–2,0). Analyse uni variée : • Association significative entre le rapport de l'IPV et du PPD et l'échec de au moins 1 question jalon : langue (aOR 2,1, IC à

	95% 1,3–3,3), personnel-social (aOR 1,9, IC à 95% 1,2-2,9), et la motricité globale (aOR 3,0, IC 95% 1,8–5,0). • Association significative entre le rapport parental du VPI uniquement et une défaillance d'au moins 1 question : domaine linguistique (aOR 1,4, IC à 95% 1,1-1,9), domaine personnel-social (aOR 1,7, IC à 95% 1,4–2,2), et domaine adaptatif à la motricité fine (aOR 1,7, IC à 95% 1,0–2,7). • Association significative entre PPD uniquement et défaillance en : langue (aOR 1,5, IC à 95% 1,3-1,7), interaction sociale (aOR 1,6, IC à 95% 1,5-1,8), motricité globale (aOR 1,6, 95% CI 1,4-1,8) et motricité adaptative fine (aOR 1,6, IC à 95% 1,3-2,0).
Technique de mesure de la violence	Questionnaire
Prévalence de la violence dans l'échantillon	2.5%
Date de recrutement ou de publication	Suivi de 2004 à 2013 Publication en 2013

Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence ⁽¹³⁾

Titre de l'article	Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Examiner la relation entre maltraitance psychologique dans l'enfance et dépression et désespoir à l'adolescence en soins primaires
Critères d'inclusion	Adolescents de 15 à 18 ans consultant dans différentes structures de soins primaires de New York pour un examen médical ou pour des symptômes physiques.
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	92
Résultats	Association significative des antécédents de violence psychologique avec désespoir et dépression dans les analyses bi variées. Scores BHS (pour désespoir) plus élevés chez répondants identifiés comme victimes de violence que ceux non émotionnellement abusés (p = 0,041). Scores BDI (pour dépression) plus élevés chez les participants identifiés comme étant abusés émotionnellement que ceux non victimes de violence psychologique (p <0,001). Présence de violence psychologique pendant l'enfance prédicteur de désespoir (OR = 1,80, 95 % IC, 0,33-9,70), de dépression (OR= 5,14, IC à 95 %, 1,22-21,75). Désespoir représente un prédicteur de dépression en cas de violence psychologique ; lien statistiquement significatif (OR = 7,59 ; IC à 95 %, 1,96-29,41).
Technique de mesure de la violence	Questionnaire
Prévalence de la violence dans l'échantillon	10.9%
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2008

Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients ⁽¹⁵⁾

Titre de l'article	Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients.
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Etudier si la violence psychologique et les châtiments corporels cruels étaient corrélés à un trouble de l'anxiété généralisée (TAG) et des symptômes de trouble panique chez les adolescents dans un établissement de soins primaires.
Critères d'inclusion	Adolescents de 14 à 19ans consultant de façon consécutive dans diverses structures de soins primaires de New York
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	194
Résultats	Association significative entre violence psychologique et symptômes de TAG ($p < 0,001$), symptômes de trouble panique ($p = .001$), symptômes d'anxiété composites ($p < .001$). Association significative entre punitions sévères/ cruelles et symptômes de TAG ($p = 0.000$), symptômes du trouble panique ($p < 0.002$), symptômes d'anxiété composites ($p = .000$). Scores d'anxiété significativement plus élevés chez les répondants ayant déclaré avoir subi des sévices psychologiques que ceux n'ayant pas subi de sévices psychologiques. Association restant significative après contrôle des châtiments corporels cruels ($p = 0,000$). Scores d'anxiété significativement plus élevés chez les répondants ayant déclaré avoir subi des châtiments corporels cruels que ceux n'ayant pas subi de châtiments corporels cruels. Association restant significative après contrôle de la violence psychologique ($p < 0,002$).
Technique de mesure de la violence	Questionnaire « Childhood Trauma Questionnaire »

Prévalence de la violence dans l'échantillon	Violence émotionnelle 23 ados 11,85% Violence physique (punition sévère) : 12,37%
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2010

Detecting child sexual abuse in general practice: a retrospective case-control study from Wales ⁽¹⁰⁾

Titre de l'article	Detecting child sexual abuse in general practice: a retrospective case-control study from Wales
Pays	Pays de Galles
Type d'étude	Cas-Témoins
Objectif de l'étude	Rechercher si les contacts médicaux de routine fournissent des indicateurs qui aideraient les médecins généralistes détecter la maltraitance d'enfants de sexe masculin
Critères d'inclusion	107 garçons identifiés par la police comme ayant été victimes d'abus sexuels par un enseignant dans une seule école primaire de village gallois. 107 contrôles appariés sur le sexe et l'âge, issus d'une seconde école primaire dans la même localité de l'autorité sanitaire et avec des données démographiques et épidémiologiques similaires du village où la violence a eu lieu.
Critères d'exclusion	Enfants présentant des symptômes associés à une maladie organique connue
Nombre de patients inclus	107 cas et 107 témoins
Résultats	Aucune divulgation par les enfants des abus sexuels à leurs médecins généralistes. Dans un seul cas, le médecin de famille était au courant des abus commis. Aucun signe ou symptômes pouvant faire naître des soupçons d'abus ayant été observés par les médecins généralistes. Faible proportion d'enfants rapportant des symptômes somatiques et comportementaux dans les deux groupes (18 cas et 25 témoins). Aucune association positive significative entre la maltraitance et le nombre de garçons présentant des symptômes (odds ratio 0,66; intervalle de confiance à 95% 0,32-1,37). Aucune différence significative concernant la nature des symptômes dont se plaignent les garçons des deux groupes.

	Association statistiquement significative entre la maltraitance et la persistance des symptômes pendant plus d'un an (8 cas pour 1 témoin) ; $p=0,035$. Troubles pouvant faire évoquer la maltraitance : • Le retrait, • Le suicide, • La peur inappropriée du soignant, • La phobie scolaire, l'absentéisme, • Le comportement infantile, • Les troubles du sommeil, cauchemars, • Les troubles du comportement alimentaire, • La douleur abdominale non spécifique, • Les énurésies secondaires, encoprésies, • Les connaissances sexuelles précoces, agir sexuellement, solliciter le jeu sexuel, activités sexuelles avec animaux de compagnie ou jouets, • Les inquiétudes homophobes.
Technique de mesure de la violence	Violence identifiée par la police puis examen par un médecin de soins primaires
Prévalence de la violence dans l'échantillon	NR
Date de recrutement ou de publication	Publication en 1999

Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements ⁽¹¹⁾

Titre de l'article	Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements
Pays	USA Californie
Type d'étude	Cas-Témoins
Objectif de l'étude	Évaluer l'utilité du diamètre transhyménal horizontal comme paramètre de dépistage pour différencier les filles prépubères avec et sans autres signes définitifs d'abus sexuel.
Critères d'inclusion	Filles prépubères (Tanner 1) âgées de 6 mois à 10 ans et 9 mois, ayant prétendument été agressées sexuellement entre 1987 et 1994.
Critères d'exclusion	Tout enfant refusant ou résistant à l'examen
Nombre de patients inclus	1058
Résultats	En l'absence de signes définitifs de traumatisme génital : diamètre transhyménal moyen de 2,3 mm et en général, une augmentation d'environ 1 mm par an. En présence de signes définitifs de traumatisme génital : diamètre transhyménal moyen de 9,0 mm et aucune variation significative avec l'âge. Après correction des différences d'âge, le diamètre transhyménal est un facteur de différenciation statistiquement significatif ($P < 0.001$). Spécificité à 99% et sensibilité à 79% de la mesure transhyménale en tant qu'outil de dépistage. Mesure potentiellement utile pour le dépistage des enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'abus sexuels.
Technique de mesure de la violence	Examen gynécologique
Prévalence de la violence dans l'échantillon	35% (373 filles)
Date de recrutement ou de publication	Recrutement entre 1987 et 1994 Publication en 1999

Injuries when children reportedly fall from a bed or couch ⁽⁷⁾

Titre de l'article	Injuries when children reportedly fall from a bed or couch
Pays	USA Californie
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Rapporter le spectre des blessures orthopédiques, résultant d'enfants en bonne santé, tombant en jouant sur un lit ou un canapé à la maison afin examiner la relation de ces blessures à la maltraitance présumée des enfants
Critères d'inclusion	Tous les enfants renvoyés à l'institution des auteurs avec le mécanisme signalé de blessure résultant d'une chute d'un lit, d'un canapé ou d'un autre meuble à la maison, inscrits dans un registre des fractures pendant une période de 20 mois.
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	115
Résultats	En fonction des âges étudiés, suspicion d'abus importante avant 1 an (50% des enfants de moins de 1 an avec blessures retenus suspects), faible entre 1 et 5 ans (5%) et aucun enfant âgé de plus de 5 étudié pour maltraitance potentielle des enfants. Cas relatés faisant suspecter un abus : • garçon de 8 mois avec une fracture de l'humérus isolée, • garçon d'un mois avec de multiples fractures et une brûlure au cou, • garçon de 23 mois avec fractures multiples et une blessure au visage, • fille de 2 ans avec de multiples fractures, • fille de 3 ans avec de multiples fractures • fille de 5 ans avec de multiples fractures.
Technique de mesure de la violence	Examen clinique
Prévalence de la violence dans l'échantillon	5%
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2002

Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking

(16)

Titre de l'article	Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Examiner l'association entre la maltraitance infantile et le tabagisme chez les adolescents et les problèmes d'internalisation comme voie de médiation potentielle dans ce lien hypothétique
Critères d'inclusion	Enfants signalés aux services de protection de l'enfance à l'âge de 4 ans; étudiés aux âges de 12,14 et 16ans
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	522
Résultats	Lien entre le tabagisme et la maltraitance : nombre significativement plus élevé de jeunes maltraités adoptant un comportement tabagique à 16 ans (19%) par rapport à leurs homologues non maltraités (7 %) ; $p < 0.01$; Odds Ratio [OR] 3,1. Scores bruts d'internalisation significativement plus élevés à 14 ans chez les jeunes maltraités que les jeunes non maltraités ($p = 0,0001$). Association significative entre la maltraitance à l'âge de 12 ans et le tabagisme à 16 ans. Associations significatives entre la maltraitance et les problèmes d'intériorisation, entre les problèmes d'intériorisation et le tabagisme. Atténuation partielle de l'effet de la maltraitance sur le tabagisme par les problèmes d'intériorisation. Après contrôle du revenu familial, de l'exposition à une personne qui fume à la maison, de la race/ethnicité, des problèmes d'intériorisation, du lieu de l'étude et du sexe, les adolescents ayant des antécédents de maltraitance sont près de deux fois plus susceptibles de fumer que leurs homologues non maltraités (RC 1,85).
Technique de mesure de la violence	Questionnaire et entretiens

Prévalence de la violence dans l'échantillon	81%
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2010

**Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence:
Moderating effects of maltreatment experience and gender ⁽¹⁷⁾**

Titre de l'article	Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence: Moderating effects of maltreatment experience and gender
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Déterminer les relations entre les symptômes dépressifs et les comportements d'extériorisation dans le temps.
Critères d'inclusion	• Au sein du Departement Country Family Services ouvert au cours du mois précédent en raison de la crédibilité du signalement des mauvais traitements ou de la menace extrême de mauvais traitements • Enfants d'âge compris entre 9 et 12 ans • Enfants identifiés comme latino, afro-américain ou caucasien • Enfants résidants actuellement dans un rayon de 10 km spécifié dans le comté de Los Angeles
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	454
Résultats	Moyenne des scores de dépression similaire dans les différents groupes. Score de comportement d'extériorisation plus élevé dans le groupe garçons maltraités. Association significative entre la présence d'un comportement d'extériorisation précoce et l'apparition par la suite d'une dépression chez les filles maltraitées. Pas d'association significative dans les autres groupes.
Technique de mesure de la violence	Etude de dossiers médicaux et questionnaire
Prévalence de la violence dans l'échantillon	Négligence 72% Violence physique 49 % Abus sexuel 20 %

	Violence émotionnelle 48 % Incapacité du soignant 52 % Plusieurs types de violence 57%
Date de recrutement ou de publication	Recrutement de 2002 à 2004 Publication 2011

Long-term impact of abusive head trauma in young children ⁽⁹⁾

Titre de l'article	Long-term impact of abusive head trauma in young children
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Evaluer l'impact à long terme d'AHT (abusive head trauma) et identifier les facteurs associés à cet impact à long terme (OLT).
Critères d'inclusion	Enfants de moins de 3 ans au moment du diagnostic d'AHT entre le 1er janvier 2000 et le 31/12/2015 pour lesquels nous disposions de données continues depuis la blessure jusqu'à l'âge de 5 ans
Critères d'exclusion	• Perdu de vue entre la blessure et jusqu'à l'âge de 5 ans, • Enfants sans période de suivi suffisamment longue pour saisir leur transition vers l'âge de 5 ans
Nombre de patients inclus	940
Résultats	Conséquences initiales : • Fractures (51,3%), • Hémorragie sous-durale (62,3%), • Hémorragie sous-arachnoïdienne (13,1%), • Œdème cérébral (9,2%) • Hémorragie rétinienne (44,0%) Conséquences à long terme : déficiences (71,9%) : • Retards de développement chez 444 enfants (47,2%) à un temps médian de 5 mois après le diagnostic initial, • Troubles d'apprentissage chez 397 (42,2%) • Epilepsie chez 334 (35,5%), • Déficits moteurs chez 318 (33,8%), • Troubles du comportement chez 286 (30,4%), • Déficience visuelle chez 282 (30,0%) • Troubles de communication/d'élocution chez 101 (10,7%). Augmentation de 31% du risque de déficience visuelle à l'âge de 5 ans chez les enfants ayant eu une hémorragie rétinienne (RR 1,31, IC 95% 1,08-1,59).

	Délai médian d'apparition des conséquences à long terme : • Epilepsie, bien plus tôt que les autres : 25% des cas d'épilepsie notés à 1 mois et 75% à 10 mois • Retards de développement et des troubles d'apprentissage : 5 mois • Déficits moteurs : 9 mois • Défauts de communication : 29 mois • Déficience visuelle : 24 mois • Troubles du comportement : 46 mois
Technique de mesure de la violence	Dossiers médicaux
Prévalence de la violence dans l'échantillon	100%
Date de recrutement ou de publication	Recrutement de 2000 à 2015 Publication en 2018

Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence ⁽⁶⁾

Titre de l'article	Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence
Pays	Suède
Type d'étude	Cas-Témoins
Objectif de l'étude	Examiner la qualité de vie, les problèmes de santé récurrents, la sécurité de l'attachement perçue, l'émotivité négative et la régulation des émotions chez les enfants exposés aux violences entre partenaires intimes (VPI) Déterminer si la qualité de vie et les problèmes de santé récurrents étaient associés à la quantité d'exposition de l'enfant aux VPI telle que rapportée par l'enfant et par la mère, à la sécurité d'attachement perçue avec la mère et le père, à l'émotivité négative, et à la régulation des émotions.
Critères d'inclusion	Enfants de 3 à 13ans exposés à la violence entre partenaires intimes chez les parents
Critères d'exclusion	• Plus de 3 ans se sont écoulés depuis que la mère a été soumise aux VPI, • La mère et son enfant n'ont pas pu mener l'entretien et les auto-évaluations en suédois ou en anglais, • L'enfant était âgé de moins de 3 ans ou de plus de 13 ans
Nombre de patients inclus	65
Résultats	Les enfants exposés aux VPI déclarent une qualité de vie plus faible et des problèmes de santé récurrents (douleurs abdominales, troubles du sommeil). Taux d'attachement plus faible à la fois à leur père ($t(282)=8,22$, $p<0,01$) et à leur mère ($t(296)=2,05$, $p<0,05$) que dans l'échantillon des enfants de mères suédoises dans une étude préliminaire. Capacité à réguler leurs émotions de peur, de tristesse et de colère similaire à l'échantillon suédois de 135. Différence non significative entre la capacité de régulation des émotions et l'émotivité. Rapport mère-enfant non significativement corrélé avec la qualité de vie de l'enfant ni la récurrence de ses symptômes. Mais meilleure

	qualité de vie de l'enfant en cas d'attachement aux deux parents par rapport à l'attachement à un seul parent. Facteurs prédictifs d'une meilleure qualité de vie : • Statut socio-économique élevé, • Attachement avec la mère et le père, • Grande capacité de régulation des émotions • Réduction de l'émotivité négative La récurrence des plaintes est plus importante lorsque l'émotivité est négative et que l'exposition est plus importante.
Technique de mesure de la violence	Bases de données, entretiens et questionnaires
Prévalence de la violence dans l'échantillon	67 % des enfants avaient parfois ou souvent vu l'auteur du crime blesser leur mère physiquement 25% des enfants ont déclaré que l'auteur avait parfois ou souvent menacé leur mère avec une arme
Date de recrutement ou de publication	Recrutement entre 2008 et 2011 Publication 2014

The effect of violence on asthma: are our children facing a double-edged sword? ⁽¹²⁾

Titre de l'article	The effect of violence on asthma: are our children facing a double-edged sword?
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Evaluer le rapport entre l'exposition à la violence, du sentiment d'insécurité ou d'un enfant témoin de violence et la morbidité et la gestion de l'asthme, y compris le recours aux soins
Critères d'inclusion	Enfants de 5 à 12ans, asthmatiques
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	231
Résultats	Augmentation du nombre de symptômes diurnes et nocturnes chez les enfants exposés à la violence. Différence significative seulement sur les symptômes nocturnes ($p=0.003$). Augmentation du nombre de passages aux urgences ou d'hospitalisations pour les enfants exposés à la violence, sans différence significative avec les enfants non exposés. Aucune différence significative concernant les visites chez le médecin généraliste.
Technique de mesure de la violence	Questionnaires téléphoniques
Prévalence de la violence dans l'échantillon	22% au départ et 17% à 6 mois
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2008

Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect ⁽⁴⁾

Titre de l'article	Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect
Pays	USA
Type d'étude	Cohorte
Objectif de l'étude	Etudier l'association entre maltraitance et symptômes gastro intestinaux inexpliqués chez les jeunes.
Critères d'inclusion	NR
Critères d'exclusion	NR
Nombre de patients inclus	845
Résultats	Susceptibilité de souffrir de troubles gastro-intestinaux inexpliqués et de détresse psychologique plus importante chez les jeunes maltraités. Selon récits au CPS : • Association significative entre douleurs abdominales et abus sexuel mais pas avec autre type de maltraitance. • Pas d'association significative entre nausées-vomissements et maltraitance. • Abus sexuel précède ou coïncide avec l'apparition des douleurs abdominales inexpliquées ($p < 0.001$). • Abus sexuel prédicteur d'anxiété et de dépression ($p < 0.05$). • Perte de la significativité de l'association douleurs inexpliquées et maltraitance si présence d'anxiété et de dépression (OR = 1,4; CI 95%, 0,9-2,2). Selon auto-questionnaires : • Association significative des douleurs abdominales inexpliquées avec tout type de violence (psychologique, physique et sexuelle) : [OR] = 1,5 [IC 95%, 1,1-2,0] • Association significative des nausées/vomissements avec tout type de violence (psychologique, physique et sexuelle) : OR à 2,1 [IC 95%, 1,5-2,9]. • En tenant compte de la détresse psychologique, la plupart des effets sont devenus insignifiants, à l'exception de la relation

	entre la violence physique et les nausées/vomissements (RC = 1,5 ; IC 95%, 1,1-2,2).
Technique de mesure de la violence	Questionnaires + récits au CPS (child protective services)
Prévalence de la violence dans l'échantillon	66% (559 enfants) d'après CPS, 47,5% (402 enfants) d'après auto questionnaire
Date de recrutement ou de publication	Publication en 2010

Annexe IV : Grilles d'évaluation de la qualité SURE

Grille d'évaluation SURE des études cas-témoins

Specialist Unit for Review Evidence (SURE)	
Questions to assist with the critical appraisal of case-control studies ¹	
his work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/	
Citation:	
<i>Are there other companion papers from the same study?</i>	
	Yes/ Can't tell/ No
1. Is the study design clearly stated?	
2. Does the study address a clearly focused question? Consider: population; definition of case & control	
3. Are the setting, locations and relevant dates provided?	
4. Were participants fairly selected? Consider: eligibility criteria; sources & selection of participants; for matched studies – details of matching criteria and number of controls per case.	
5. Are participant characteristics provided? Consider: numbers of cases and controls	
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate? Consider if the methods of assessment are valid & reliable.	
7. Is there a description of how the study size was arrived at?	
8. Are the statistical methods well described? Consider: How missing data was handled; were potential sources of bias (confounding factors) considered/controlled for.	
9. Are the results well described? Consider if: effect sizes, confidence intervals/standard deviations provided; the conclusions are the same in the abstract and the full text.	
10. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	
11. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	
Summary	
<i>Add comments relating to areas of concern that were avoidable and a statement indicating if the results are reliable and/or useful.</i>	

Annexe IV : Grilles d'évaluation de la qualité SURE

Grille d'évaluation SURE des études de cohorte

Specialist Unit for Review Evidence (SURE) Questions to assist with the critical appraisal of cohort studies¹	
Citation: <i>Are there other companion papers from the same study?</i>	
	Yes/ Can't tell/ No
1. Is the study design clearly stated?	
2. Does the study address a clearly focused question? Consider: Population; Exposure (defined and accurately measured?); Comparator/Control; Outcomes.	
3. Are the setting, locations and relevant dates provided? Consider: recruitment period; exposure; follow-up & data collection.	
4. Were participants fairly selected? Consider: eligibility criteria; sources & selection of participants; method of follow-up; for matched studies – details of matching criteria and number of exposed or unexposed.	
5. Are participant characteristics provided? Consider if: sufficient details; a baseline table is included.	
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate? Consider if the methods of assessment are valid & reliable.	
7. Was bias considered? e.g. recall or selection bias	
8. Is there a description of how the study size was arrived at?	
9. Are the statistical methods well described? Consider: How missing data was handled; were potential sources of bias (confounding factors) controlled for; How loss to follow-up was addressed.	
10. Is information provided on participant flow? Consider if following provided: flow diagram; numbers of participants at each stage; details of drop-outs; details of missing participant data; follow-up time summarised; numbers of outcome events.	
11. Are the results well described? Consider if: effect sizes, confidence intervals/standard deviations provided; the conclusions are the same in the abstract and the full text.	
12. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	
13. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	
Summary <i>Add comments relating to areas of concern that were avoidable and a statement indicating if the results are reliable and/or useful.</i>	

Annexe IV : Grilles d'évaluation de la qualité SURE

Grille d'évaluation SURE des études transversales

Specialist Unit for Review Evidence (SURE)	
Questions to assist with the critical appraisal of cross-sectional studies ¹	
his work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/	
Citation:	
<i>Are there other companion papers from the same study?</i>	
	Yes/ Can't tell/ No
1. Is the study design clearly stated?	
2. Does the study address a clearly focused question? Consider: Population; Exposure (defined and accurately measured?); Outcomes.	
3. Are the setting, locations and relevant dates provided? Consider: recruitment period; exposure; data collection.	
4. Were participants fairly selected? Consider: eligibility criteria; sources & selection of participants.	
5. Are participant characteristics provided? Consider if: sufficient details; a table is included.	
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate? Consider if the methods of assessment are valid & reliable.	
7. Is there a description of how the study size was arrived at?	
8. Are the statistical methods well described? Consider: How missing data was handled; were potential sources of bias (confounding factors) considered/controlled for.	
9. Is information provided on participant eligibility? Consider if following provided: number potentially eligible, confirmed eligible, entered into study	
10. Are the results well described? Consider if: effect sizes, confidence intervals/standard deviations provided; the conclusions are the same in the abstract and the full text.	
11. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	
12. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	
Summary <i>Add comments relating to areas of concern that were avoidable and a statement indicating if the results are reliable and/or useful.</i>	

Annexe V : Evaluation de la qualité des études incluses selon les grilles d'évaluation SURE

Evaluation de la qualité des études cas-témoins

	A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys ⁽⁵⁾	Detecting child sexual abuse in general practice: a retrospective case-control study from Wales ⁽¹⁰⁾	Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements ⁽¹¹⁾	Perceived quality of life and health complaints in children exposed to intimate partner violence ⁽⁶⁾
1. Is the study design clearly stated?	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Does the study address a clearly focused question?	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Are the setting, locations and relevant dates provided?	Non	Non	Oui	Oui
4. Were participants fairly selected?	Oui	Oui	Oui	Oui
5. Are participant characteristics provided?	Non	Oui	Non	Oui
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate?	Oui	Oui	Non	Oui
7. Is there a description of how the study size was arrived at?	Non	Non	Non	Non
8. Are the statistical methods well described?	Non	Non	Oui	Oui
9. Are the results well described?	Non	Oui	Non	Oui
10. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	Non	Non	Non	Non
11. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe V : Evaluation de la qualité des études incluses selon les grilles d'évaluation SURE

Evaluation de la qualité des études de cohorte

	Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients ⁽¹⁴⁾	Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence ⁽¹³⁾	Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients ⁽¹⁵⁾	Injuries when children reportedly fall from a bed or couch ⁽⁷⁾	Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking ⁽¹⁶⁾
1. Is the study design clearly stated?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Does the study address a clearly focused question?	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
3. Are the setting, locations and relevant dates provided?	Non	Non	Non	Non	Non
4. Were participants fairly selected?	Non	Non	Oui	Non	Non
5. Are participant characteristics provided?	Oui	Non	Non	Non	Non
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
7. Was bias considered?	Non	Oui	Non	Non	Non
8. Is there a description of how the study size was arrived at?	Non	Non	Non	Non	Non
9. Are the statistical methods well described?	Non	Non	Non	Non	Oui
10. Is information provided on participant flow?.	Non	Non	Non	Non	Non
11. Are the results well described?	Non	Oui	Non	Non	Oui
12. Is any sponsorship/conflict	Non	Non	Non	Non	Non

of interest reported?					
13. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe V : Evaluation de la qualité des études incluses selon les grilles d'évaluation SURE

Evaluation de la qualité des études de cohorte (suite)

	Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence: Moderating effects of maltreatment experience and gender ⁽¹⁷⁾	Long-term impact of abusive head trauma in young children ⁽⁹⁾	The effect of violence on asthma: are our children facing a double-edged sword? ⁽¹²⁾	Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect ⁽⁴⁾
1. Is the study design clearly stated?	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Does the study address a clearly focused question?	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Are the setting, locations and relevant dates provided?	Oui	Oui	Non	Non
4. Were participants fairly selected?	Non	Oui	Non	Oui
5. Are participant characteristics provided?	Oui	Oui	Oui	Oui
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate?	Oui	Oui	Oui	Oui
7. Was bias considered?	Oui	Impossible à évaluer	Impossible à évaluer	Impossible à évaluer
8. Is there a description of how the study size was arrived at?	Non	Non	Non	Non
9. Are the statistical methods well described?	Oui	Oui	Non	Oui

10. Is information provided on participant flow?	Oui	Oui	Non	Oui
11. Are the results well described?	Oui	Oui	Oui	Oui
12. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	Non	Oui	Non	Non
13. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe V : Evaluation de la qualité des études incluses selon les grilles d'évaluation SURE

Evaluation de la qualité des études transversales

	Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network ⁽⁸⁾	Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones ⁽¹⁸⁾
1. Is the study design clearly stated?	Oui	Oui
2. Does the study address a clearly focused question?	Oui	Oui
3. Are the setting, locations and relevant dates provided?	Non	Oui
4. Were participants fairly selected?	Oui	Oui
5. Are participant characteristics provided?	Oui	Oui
6. Are the measures of exposures & outcomes appropriate?	Non	Oui
7. Is there a description of how the study size was arrived at?	Non	Non
8. Are the statistical methods well described?	Non	Oui
9. Is information provided on participant eligibility?	Oui	Oui
10. Are the results well described?	Oui	Oui
11. Is any sponsorship/conflict of interest reported?	Non	Non
12. Finally...Did the authors identify any limitations and, if so, are they captured above?	Oui	Oui

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

RESUME DE LA THESE

Introduction : Les violences faites aux enfants, quelle que soit leur forme, sont responsables de nombreuses conséquences sur la santé physique et psychique des enfants victimes. Elles sont fréquentes mais restent mal connues, sous estimées et sous déclarées dans le milieu médical. Les médecins généralistes, intervenants de premier recours dans les consultations d'urgence ou de suivi d'enfants, peuvent détecter et prendre en charge au plus tôt les enfants victimes de violences.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'identifier les signes cliniques présentés par les enfants victimes de violences, consultant en soins primaires.

Méthode : Une revue de la littérature a été réalisée dans les bases de données PubMed, Cochrane, PsycInfo, Embase et Cinahl. Les articles inclus devaient porter sur des enfants âgés de 0 à 18 ans, victimes de violences, consultant en soins primaires.

Résultats : Sur les 3165 articles issus des bases de données, 15 ont été inclus dans la revue. La santé physique des enfants victimes de violences est impactée. Une association significative est retrouvée avec la présence de douleurs récurrentes et inexpliquées ou d'un retard de développement psychomoteur. L'exposition à la violence engendre également des troubles sur la santé psychique des enfants. La dépression, le désespoir, les troubles anxieux généralisés et les troubles paniques ont tous une association significative avec l'exposition à la violence. Une association significative est également retrouvée entre l'exposition à la violence et les troubles d'intériorisation ou au contraire d'extériorisation, et le tabagisme actif.

Conclusion : Il existe peu d'articles étudiant les signes cliniques des enfants victimes de violences consultant en soins primaires. Ces enfants peuvent présenter différents signes cliniques (douleurs, retard de développement psychomoteur, troubles psychologiques, troubles du comportement) devant lesquels il est important de penser aux violences.